



**ZGODA RODZICA/OPIEKUNA NA WYKONANIE BADANIA
TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ**

Ja, niżej podpisany/a, jako rodzic/opiekun prawny dziecka:

Imię i nazwisko dziecka: _____

Data urodzenia: _____

Wyrażam zgodę na wykonanie badania TK _____
u mojego dziecka, zgodnie z zaleceniami lekarza. Zostałem/am poinformowany/a o celu,
przebiegu oraz ewentualnym ryzyku związanym z wykonaniem badania TK.

Data: _____

Podpis rodzica/opiekuna: _____