|  |  |
| --- | --- |
| NAZWISKO |  |
| IMIĘ |  |
| DATA BADANIA |  |

**Szanowna Pani!**

Przeciwwskazaniem do wykonania zdjęcia rentgenowskiego jest ciąża.

Z uwagi na ryzyko uszkodzenia płodu pacjentka ma obowiązek poinformować personel medyczny, że jest w ciąży lub może być w ciąży.

W przypadku wątpliwości badanie powinno zostać odroczone.

**Oświadczam, że nie jestem w ciąży.**

……………………………………………………

Data i podpis pacjentki