

Katowice, dnia .....

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
GERMEN Sp. z o.o.  
ul. Ks. Kard. Wyszyńskiego 4  
40-132 Katowice

### **ZGODA RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO\* NA BADANIE RTG DZIECKA**

Wyrażam zgodę na wykonanie badania RTG bez mojej obecności u syna/córki\*  
..... PESEL ..... w pracowni RTG, a  
(imię i nazwisko dziecka)  
w obecności wskazanego opiekuna ..... PESEL .....  
(imię i nazwisko wskazanego opiekuna)

stopień pokrewieństwa wskazanego opiekuna: .....

.....  
(podpis pracownika przyjmującego oświadczenie)

.....  
(podpis rodzica/opiekuna prawnego)

\* niepotrzebne skreślić

Katowice, dnia .....

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
GERMEN Sp. z o.o.  
ul. Ks. Kard. Wyszyńskiego 4  
40-132 Katowice

### **ZGODA RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO\* NA SAMODZIELNE BADANIE RTG DZIECKA (16-18 LAT)**

Wyrażam zgodę na wykonanie badania RTG bez mojej obecności u syna/córki\*  
..... PESEL ..... w pracowni RTG.  
(imię i nazwisko dziecka)

.....  
(podpis pracownika przyjmującego oświadczenie)

.....  
(podpis rodzica/opiekuna prawnego)

\* niepotrzebne skreślić