

Imię

Nazwisko

Nr PESEL lub nazwa, seria i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość

Wiek

Proszę zaznaczyć prawdziwą odpowiedź:

1. Czy w ciągu ostatnich 72h miał/-a Pan/-i podawany radionuklidy?
 TAK NIE
2. Czy w badanej okolicy ma Pan/-i wszczepiony implant?
 TAK NIE
3. Czy ma Pan/-i klaustrofobię?
 TAK NIE
4. Badanie densytometryczne jest wykonywane za pomocą promieniowania RTG, które może być szkodliwe dla płodu.
Oświadczam, że nie jestem w ciąży.
 TAK NIE Nie dotyczy

miejsowość i data

podpis pacjenta lub opiekuna prawnego