



**MANUAL DE INFORMACION
DIAGNOSTICO POR IMAGEN**

CONSENTIMIENTO RM ALEMAN

Local 3 Edificio C
Puerto Deportivo
Sotogrande
Tel: 600 44 33 00

sein and die Gelegenheit gehabt zu haben, allfAllige Fragen mit Herrn/Frau Drzu besprechen.

Ich habe auf alie meine Fragen Antwort erhalten and meine Entscheidung frei and selbständig getroffen.

Datum:

ZEUGE

PATIENT

ARZT

GESETZLICHER VERTRETER