



FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY

NA BADANIA DIAGNOSTYCZNE Z PODWYŻSZONYM RYZYKIEM POWIKŁAŃ

Imię i Nazwisko

PESEL/data urodzenia

Oświadczam , że podczas wywiadu i badania nie zataiłem/am istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia.

Oświadczam , iż miałem/am możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego zabiegu/ badania i otrzymałem/am na nie odpowiedź.

Niniejszym oświadczam , że zostałem/am poinformowany przez

O proponowanym rodzaju badania/zabiegu.

Wyrażam świadomie zgodę na proponowany zabieg/badanie.....

.....

Data i podpis pacjenta

Data i podpis przedstawiciela ustawowego.....

Data i podpis lekarza udzielającego informacji o proponowanej metodzie leczenia.....

.....

(*niepotrzebne skreślić)

NIE WYRAŻAM ZGODY NA PRZEPROWADZENIE PROPONOWANEGO ZABIEGU / BADANIA

Data i podpis pacjenta

Data i podpis przedstawiciela ustawowego.....

Uzasadnienie przez pacjenta / przedstawiciela ustawowego odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej / zabiegu.

.....

.....

.....

.....

.....

(* niepotrzebne skreślić)