

Formularz zgody (poinformowanej)

Na badanie/zabieg inne

.....

.....

(specyfika badania/zabiegu)

Ja niżej podpisany(a).....

(imię i nazwisko)

1) Zostałem(am) poinformowany przez.....

(imię i nazwisko lekarza)

o zasadach, celowości, działaniu, sposobie prowadzenia, ewentualnych powikłaniach i następstwach - proponowanego badania/zabiegu.

Miałem(łam) nieskrępowaną możliwość zadawania lekarzowi pytań, na które otrzymałem odpowiedź. Wszystkie przekazane mi informacje na powyższe tematy są dla mnie zrozumiałe i nie budzą wątpliwości.

2) Wyrażam dobrowolnie zgodę na zabieg/badanie u mnie / u mojego dziecka

.....ur.

(imię i nazwisko dziecka)

3) Oświadczam także, że nie zataiłem(łam) żadnych istotnych informacji o obecnym stanie zdrowia, przebiegu dotychczasowego leczenia czy przyjmowanych lekach.

.....

Data i miejsce

.....

Podpis
pacjenta/opiekuna

Przyjąłem niniejsze oświadczenie

.....

Data i miejsce

.....

Podpis lekarza