

Imię i nazwisko

PESEL

Oświadczenie Pacjenta o wyrażeniu świadomej zgody

Wyrażam świadomą i dobrowolną zgodę na przeprowadzenie w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Zabrze ul. Zamkowa 4

- badania klinicznego;
- wkłucie dożylna obwodowe, założenie wenflonu;
- pobranie krwi do badań;
- iniekcje podskórne, śródskórne, domięśniowe, dożylna;
- cewnikowanie dróg moczowych;
- założenie sondy do żołądka;
- lewatywa;

Zostałem/am w sposób zrozumiały i wyczerpujący poinformowany/a o istocie oraz celowości wykonania w/w świadczeń medycznych i związanym z nimi ryzykiem.

Oświadczam, iż miałem/łam możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego leczenia i otrzymałem/łam na nie odpowiedź. Powyższe informacje są dla mnie zrozumiałe.

.....

(podpis i pieczętka lekarza)

.....

data

.....

(podpis pacjenta)