

ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA BADANIE DIAGNOSTYCZNE – UROGRAFIA

1. Miałem/am wystarczająco dużo czasu, aby zapoznać się z przedstawionymi informacjami
2. Przeczytałem/am wszystkie strony niniejszej informacji dla Pacjenta
3. Miałem/am możliwość zadawania pytań dotyczących niniejszego badania oraz tego dokumentu i otrzymałem/am zadawalające mnie odpowiedzi na wszystkie moje pytania.
4. Ukończyłem 18 lat.
5. Rozumiem, że moje prawa w rozumieniu ustawy o ochronie danych osobowych nie będą w żaden sposób ograniczone (Ustawa o ochronie danych osobowych 29.08.1998r., tj. Dz.U z 2002 r. nr 1001 poz 926 z późn. zm.)

W przypadku uczulenia na preparaty diagnostyczne, leki lub inne – proszę je wymienić
.....

WYRAŻAM ZGODĘ / NIE WYRAŻAM ZGODY *

na wykonanie badania diagnostycznego

WYRAŻAM ZGODĘ / NIE WYRAŻAM ZGODY *
.....

na podanie środka kontrastowego

(rodzaj środka)

.....
NAZWISKO I I IMIĘ PACJENTA

.....
PODPIS PACJENTA/ UPRAWNIONEGO OPIEKUNA

Brzesko dn.....

.....
NAZWISKO I I IMIĘ LEKARZA

.....
PODPIS LEKARZA

Brzesko dn.....

PACJENT NIE JEST W STANIE PODJĄĆ ŚWIADOMEJ ZGODY Z POWODU.....
.....

.....
PODPIS LEKARZA

***niewłaściwe skreślić**