

ZGODA NA ZABIEG OPERACYJNY

Ja niżej podpisany/a, wyrażam zgodę na zabieg operacyjny.

Oświadczam, że miałem/am nieograniczoną możliwość zadawania pytań odnośnie zabiegu oraz związanego z nim ryzyka i ewentualnych powikłań. Stwierdzam, że uzyskałem/am pełne oraz zrozumiałe dla mnie odpowiedzi, a moja decyzja jest świadoma i przemyślana.

Nie ukryłem/am żadnych informacji dotyczących mojego stanu zdrowia, przyjmowanych leków oraz przebiegu dotychczasowego leczenia.

Specjalizacja lekarz:

Data

Podpis Pacjenta*

Podpis lekarza

*Proszę złożyć w obecności lekarza