



## **7. OŚWIADCZENIE PACJENTA**

W pełni zrozumiałem/zrozumiałam informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań i na wszystkie udzielone mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący. Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z lekarzem ..... spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat:

- rozpoznania,
- proponowanych oraz alternatywnych metod diagnostycznych i leczniczych,
- dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania,
- wyników przeprowadzonego zabiegu,
- rokowania,

Znane mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem.

### **Zgadzam się na przeprowadzenie u mnie zabiegu**

implantacja portu naczyniowego/ centralnego dostępu naczyniowego

.....  
Data, podpis lekarza

.....  
podpis pacjenta  
lub uprawnionego opiekuna

**Nie zgadzam się na implantacja portu naczyniowego/ centralnego dostępu naczyniowego**

**Zostałam poinformowana/poinformowany o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia**

.....  
Data, podpis lekarza

.....  
podpis pacjenta  
lub uprawnionego opiekuna

**Podpisanie formularza przez pacjentkę jest niemożliwe z powodu .....**

.....