



**INFORMACJA DLA PACJENTKI/A ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ
ZGODY NA BADANIE DIAGNOSTYCZNE**

1. IMIĘ NAZWISKO
2. PESEL
3. RODZAJ BADANIA.....
4. RODZAJ SCHORZENIA I WSKAZANIA DO BADANIA
-
5. BADANIE POLEGA NA.....
6. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ.....
-

7. ROZMOWA Z LEKARZEM

Prosimy, aby Pani/n zapytała/ł nas o wszystko co chciałaby Pani/n wiedzieć w związku z planowanym badaniem. Wszelkie informacje dodatkowe dotyczące planowanego badania oraz wszelkie oczekiwane przez Panią /a wyjaśnienia można uzyskać u każdego lekarza specjalisty zatrudnionego w naszym Oddziale. Chętnie odpowiemy na wszystkie pytania.

8. OŚWIADCZENIE PACJENTKI/A

W pełni zrozumiałam/em informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy w lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań i na wszystkie udzielono 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:

- wskazań do badania
- sposobu wykonania badania

Znane mi są możliwe powikłania związane z tym badaniem.
Bez zastrzeżeń (lub z powyższymi zastrzeżeniami)
zgadzam się na przeprowadzenie u mnie następującego badania:

.....
(rodzaj badania

.....
)data podpis lekarza

.....
data, podpis pacjentki/a albo uprawnionego opiekuna

Nie zgadzam się na proponowane badanie. Zostałam/em poinformowana/y o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

.....
data podpis lekarza

.....
data, podpis pacjentki/a albo uprawnionego opiekuna

Podpisanie formularza przez pacjentkę/a jest niemożliwe z powodu

.....
Data, podpis lekarza