

OŚWIADCZENIE PACJENTKI/TA:

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.

Zgadzam się na przeprowadzenie u mnie **biopsji guzów jamy otrzewnowej i przestrzeni zaotrzewnowej**

.....
data , podpis lekarza

.....
data, podpis pacjenta
lub prawnego opiekuna

Nie zgadzam się na wykonanie **biopsji guzów jamy otrzewnowej i przestrzeni zaotrzewnowej**

Zostałam/em poinformowana/y o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia

.....
data , podpis lekarza

.....
data , podpis pacjenta
lub prawnego opiekuna