Bielsko-Biała, dnia……..

ZGODA NA ZABIG OPERACYJNY

Ja niżej podpisany…… PESEL | | | | | | | | | | |

Zostałem poinformowany o celu i skutkach zabiegu operacyjnego, który zostanie wykonany u mnie, jak również o możliwych powikłaniach.

Wyrażam zgodę na wykonanie operacji ……
……..

Równocześnie wyrażam zgodę na inne procedury medyczne, które mogą być konieczne do wykonania w trakcie procesu diagnostycznego i zabiegu operacyjnego oraz na wykonanie znieczulenia.

……..

Data i czytelny podpis pacjenta

Oświadczam, że chory został poinformowany o planowanym leczeniu, zabiegu operacyjnym i powikłaniach mogących powstać w wyniku zabiegu/operacji.

……..

Data i podpis lekarza