

## ZGODA PACJENTA NA ZABIEG DIAGNOSTYCZNY

(DRUK OGÓLNY)

.....  
(nazwa jednostki/komórki organizacyjnej „MCZ” S.A. - pieczętka)

1. Imię i nazwisko pacjenta .....
2. PESEL pacjenta.....  
(w przypadku braku numeru PESEL — seria i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość)
3. Data urodzenia pacjenta .....
4. Adres zameldowania, zamieszkania lub pobytu pacjenta  
.....

.....  
Ja, niżej podpisany(a) oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(na) przez lekarza o stanie mojego zdrowia, charakterze schorzenia (rozpoznanie), rokowaniu, możliwych oraz proponowanych metodach diagnostycznych i leczniczych, a także dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania lub zaniechania, przewidywanych wynikach leczenia, ewentualnych powikłaniach oraz rokowaniach. Zrozumiałem(am) treść informacji, miałem(am) możliwość zadawania pytań i w pełni świadomy(a), **wyrażam zgodę** na (podać w języku polskim opis procedury) :

.....  
Zgadzam się na ewentualne modyfikowanie sposobu wykonania zabiegu, zgodnie z wiedzą medyczną, jeśli będzie tego wymagała sytuacja oraz na wykonanie znieczulenia.

.....  
(miejscowość/data)

.....  
(podpis i pieczętka lekarza)

.....  
(czytelny podpis pacjenta)

