

## Formularz zgody na procedurę inwazyjną

Pieczętka przychodni / poradni	Dane pacjenta
	Nazwisko i imię .....
	Data urodzenia ..... Płeć      K <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>

Data ..... **Wyrażam dobrowolnie zgodę** ☐ \* **Nie wyrażam świadomie zgody** ☐ \*

na .....

.....  
(nazwa zabiegu, nazwa procedury medycznej lub nazwa leku)

Zostałem(am) poinformowany(a) o zasadach, sposobie przeprowadzania i ewentualnych następstwach proponowanego zabiegu / proponowanej procedury medycznej lub o celowości, działaniu i ewentualnych następstwach proponowanego leku. Miałem(am) możliwość zadawania lekarzowi pytań, na które otrzymałem(am) odpowiedzi.

.....  
podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego

.....  
pieczętka i podpis lekarza

\*właściwe zakreślić