

NZOZ ARS MEDICA
PRZYCHODNIA LEKARZY SPECJALISTÓW
99-400 ŁOWICZ, UL. NOWA 8
TEL: 468373832, 468162040
www.arsmedica.lowicz.pl

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA:

PESEL:

**OŚWIADCZENIE I ŚWIADOMA ZGODA NA ZABIEG
BIOPSJI ASPIRACYJNEJ CIENKOIGŁOWEJ BACC**

Wyrażam zgodę na badanie diagnostyczne — biopsja aspiracyjna cienkoigłowa pod kontrolą USG.

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/na w sposób wyczerpujący i niebudzący moich wątpliwości o celu, rodzaju i sposobie przeprowadzenia badania oraz wszelkich możliwych do przewidzenia wiążących się z nim ryzykach, w tym ryzykach rzadko występujących, oraz o innych możliwych metodach badania.

Stwierdzam, że uzyskałem/am wyczerpujące i zrozumiałe dla mnie odpowiedzi na wszystkie zadane pytania. Zapoznałem/am się i zrozumiałem/am informacje zawarte w niniejszej zgodzie. Rozumiem ryzyko związane z tym badaniem i zgadzam się na jego wykonanie.

.....
Data, pieczętka i podpis lekarza
przyjmującego zgodę

.....
Data i czytelny podpis pacjenta

Oświadczam, że przedstawiłem pacjentowi planowany sposób leczenia w postaci zabiegu biopsji, poinformowałem pacjenta o przebiegu zabiegu, jego następstwach, dających się przewidzieć powikłaniach, nietypowych powikłaniach, ryzykach zabiegu.

.....
Data i podpis lekarza wykonującego zabieg