

ŚWIADOMA ZGODA PACJENTKI NA BADANIE SONO HSG

Imię i nazwisko pacjenta Pesel

Przyjmowane leki

Uczulenia

Przyjęto lek przeciwbólowy przez badaniem: TAK NIE

nazwa przyjętego leku firma i dawka leku

Oświadczam, że zostałam poinformowana o możliwości leczenia, pouczona o sposobie i przebiegu leczenia oraz **uzyskałam** wyczerpujące informacje na temat powyższej metody leczenia, ryzyka i ewentualnymi dającymi się przewidzieć skutkami badania. Jednocześnie **potwierdzam**, że mogłam zadawać wszelkie pytania dotyczące powyższego badania i **otrzymałam** na nie odpowiedzi, które rozumiem, sposób postępowania lekarskiego **aprobuje** i **wyrażam zgodę na wykonanie badania.**

Oświadczam, że przed rozpoczęciem leczenia udzieliłam pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania które lekarz zadawał w trakcie wywiadu lekarskiego odnośnie mojego stanu zdrowia, przyjmowanych leków oraz przebytych urazów i zabiegów.

Zostałam poinformowana o kosztach leczenia i ścieżce postępowania, które akceptuję, alternatywnych możliwościach leczenia z zaniechaniem leczenia włącznie, o ryzyku towarzyszącym innym metodom leczenia i konsekwencjach wynikających z zaniechania leczenia.

Oświadczam, że otrzymałam i zrozumiałam zalecenia odnośnie postępowania po badaniu.

.....
Data i czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego.....
Data i czytelny podpis małoletniego pacjenta, który ukończył 16 lat

Uwaga: wymaganie złożenia podpisu dotyczy na równi z małoletnim pacjentem, który ukończył 16 lat, pacjenta ubezwłasnowolnionego, chorego psychicznie lub upośledzonego umysłowo, lecz dysponującego dostatecznym rozeznaniem

.....
Data i podpis lekarza