

Zgoda pacjenta na badanie – biopsja aspiracyjna cienkoigłowa pod kontrolą usg

Ja..... wyrazam dobrowolną zgodę na badanie diagnostyczne – biopsja aspiracyjna cienkoigłowa pod kontrolą usg sutka / tarczycy / węzłów chłonnych / ślinianki ..... / inne.....

Zostałem wyczerpująco i zrozumiale poinformowany o celu badania, które zostanie wykonane, jak również możliwych powikłaniach i korzyściach badania. Nie mam więcej pytań ani żadnych wątpliwości.

Gdańsk, dnia..... czytelny podpis pacjenta.....

Potwierdzam, że pacjent został poinformowany o planowanym badaniu, jego przebiegu, celu i możliwych powikłaniach mogących powstać w wyniku wykonanego badania.

.....

(pieczętka i podpis lekarza)

---