Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL:

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Oświadczam, że w pełni zrozumiałem/am informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zostałem szczegółowo poinformowany/na o rozpoznaniu, proponowanej metodzie diagnostycznej i wskazaniach do jej wykonania. Przedstawiono mi informację na temat możliwych powikłań i działań ubocznych związanych z wykonaniem angiografii fluoresceinowej; zrozumiałem/am, że wymienione powyżej powikłania nie są wszystkimi możliwymi, z którymi mogę się zetknąć w trakcie badania.

Zapewniam, iż przekazałem/am wszystkie i prawdziwe informacje o przebytych leczonych i nieleczonych dolegliwościach, schorzeniach i chorobach, przyjmowanych lekach, wiadomych mi uczuleniach i alergiach, o zabiegach i operacjach, którym zostałem poddany w przeszłości.

Potwierdzam, że miałem/am możliwość zadawania pytań dotyczących planowanego badania oraz uzyskania wyczerpujących i zrozumiałych dla mnie odpowiedzi i wyjaśnień.

Potwierdzam, że moja zgoda na proponowany zabieg jest przemyślana, świadoma i dobrowolna.

Zgadzam się na wykonanie u mnie badania angiografii fluoresceinowej.

…… …… …….. ……..

Data Podpis pacjenta Podpis i pieczątka lekarza

Nie zgadzam się na proponowane mi badanie. Zostałem/am poinformowany/a o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia.

…… …… …….. ……..

Data Podpis pacjenta Podpis i pieczątka lekarza