

Pan/i ...

Katowice dn...

ZGODA NA LECZENIE

Zostałem/łam poinformowany/a o mojej chorobie, jej zaawansowaniu, proponowanym leczeniu oraz możliwych skutkach ubocznych.

Informacje zrozumiałem/łam. Wyrażam zgodę na proponowane leczenie. Jestem poinformowany o możliwości wycofania zgody podczas leczenia.

Podpis i pieczęć lekarza

Data i podpis pacjenta

WOJCIECH
H. E.
specjalista
KATOWICE
1041344

Pan/Pani ...

Katowice, dnia 04.09.2017

ZGODA NA LECZENIE

Zostałem/łam poinformowany/a o mojej chorobie, jej zaawansowaniu, proponowanym leczeniu oraz możliwych skutkach ubocznych.

Informacje zrozumiałem/łam. Wyrażam świadomą zgodę na proponowane leczenie. Jestem poinformowany/a o możliwości wycofania zgody podczas leczenia.

Pieczęć i podpis lekarza

Data i podpis pacjenta