

Pan/i ..

2 8 LIP. 2020

Katowice, dn.

ZGODA NA LECZENIE

Zostałam(em) poinformowana(y) o mojej chorobie, jej zaawansowaniu, proponowanym leczeniu oraz możliwych do przewidzenia skutkach ubocznych, w tym: zaburzenia płodności, zakażenia ciężkimi infekcjami stanowiącymi zagrożenie życia, wymioty, nudności, biegunki, czasowa utrata włosów, stany zapalne jamy ustnej, skaza krwotoczna.

Informacje zrozumiałam(em). Wyrażam świadomą zgodę na proponowane leczenie. Jestem poinformowana(y) o możliwości wycofania zgody podczas leczenia.

Podpis lekarza

Data i podpis pacjenta

2 8 LIP. 2020

owia
nicznej