



Centrum Diagnostyczno – Lecznicze „Barska” Sp. z o.o.

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA (KI).....

PESEL .....DATA.....

**ZGODA NA ZABIEG OPERACYJNY W ODDZIALE.....**

**Wyrażam zgodę na zabieg operacyjny.....**

.....

przeprowadzony w CDL „Barska” SP. Z O.O. we Włocławku.

Informuję, że zostałam / zostałem poinformowana / poinformowany w zrozumiały przeze mnie sposób o moim schorzeniu, celu i skutkach zabiegu, który zostanie wykonany oraz o mogących wystąpić powikłaniach.

Wyrażam zgodę na inne procedury medyczne, które mogą być konieczne do wykonania w trakcie zabiegu operacyjnego, procesu leczenia i pielęgnowania.

Włocławek, dn. ....

.....

( podpis pacjentki /pacjenta )

**Potwierdzam, że pacjent został poinformowany o swoim schorzeniu, planowanym zabiegu, technice operacyjnej i powikłaniach mogących powstać w wyniku wykonywanego zabiegu.**

.....

( podpis i pieczętka lekarza )