



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

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA (KI).....

PESELDATA.....

ZGODA NA BADANIE URODYNAMICZNE W ODDZIALE GINEKOLOGII

Wyrażam zgodę na badanie urodynamiczne przeprowadzone w Centrum Diagnostyczno – Leczniczym „Barska” we Włocławku.

Informuję, że zostałam /-tem poinformowana /-y w zrozumiały przeze mnie sposób o moim schorzeniu, celu i skutkach badania, które zostanie wykonane oraz o mogących wystąpić powikłaniach.

Wyrażam zgodę na inne procedury medyczne, które mogą być konieczne do wykonania w trakcie badania urodynamicznego i procesu leczenia.

Włocławek, dn.

.....

Czytelny podpis pacjentki / pacjenta

Potwierdzam, że pacjentka / pacjent został/-a poinformowany o swoim schorzeniu, planowanym badaniu, technice badania i powikłaniach mogących powstać w wyniku wykonywanego badania urodynamicznego.

.....

Podpis i pieczętka lekarza