

**ŚWIADOMA ZGODA  
NA WYKONANIE BADANIA DIAGNOSTYCZNEGO**

Ja, niżej podpisana(y) ..... Imię i nazwisko

PESEL .....

Przed wykonaniem badania ..... zostałam(em)  
dokładnie poinformowana(y) o celu i sposobie wykonania badania, znaczeniu badania w rozpoznaniu mojego  
schorzenia, a także o mogących wystąpić u mnie powikłaniach i objawach ubocznych związanych z badaniem.

Podane informacje oraz wyjaśnienia zrozumiałam(em) i je akceptuję.

Informuję, że nie jestem w ciąży.\*

**Wyrażam zgodę na wykonanie badania:**

.....

.....  
Data

.....  
Podpis pacjenta /opiekuna prawnego

.....  
Podpis i pieczęć lekarza

\*niepotrzebne skreślić

Wydanie II z dn. 09.05.08

Wa-Bu-50 IMPACT Myslowice, tel./fax: (32) 762 45 01