

Informovaný súhlas pacienta s bioptickým výkonom



Meno a priezvisko pacienta:

Dátum narodenia:

Svojím podpisom potvrdzujem, že som bol/a poučený/á a informovaný/á podľa § 6 zákona č. 576/2004 o zdravotnej starostlivosti o účele, povahe, postupe, možných rizikách, komplikáciách poskytovanej zdravotnej starostlivosti - navrhovaného bioptického výkonu a svojím podpisom potvrdzujem svoj súhlas s daným vyšetrením.

V Bratislave,
dňa:

Podpis pacienta

Poučenie
realizoval lekár:

Podpis lekára

Bratislavské rádiodiagnostické centrum, a.s., Námestie SNP 10, tel.: +421(2)578 87 140

e-mail: barc@barc.sk, http: www.barc.sk

Informovaný súhlas pacienta s bioptickým výkonom



Meno a priezvisko pacienta:

Dátum narodenia:

Svojím podpisom potvrdzujem, že som bol/a poučený/á a informovaný/á podľa § 6 zákona č. 576/2004 o zdravotnej starostlivosti o účele, povahe, postupe, možných rizikách, komplikáciách poskytovanej zdravotnej starostlivosti - navrhovaného bioptického výkonu a svojím podpisom potvrdzujem svoj súhlas s daným vyšetrením.

V Bratislave,
dňa:

Podpis pacienta

Poučenie
realizoval lekár:

Podpis lekára

Bratislavské rádiodiagnostické centrum, a.s., Námestie SNP 10, tel.: +421(2)578 87 140

e-mail: barc@barc.sk, http: www.barc.sk