……...…….
miejscowość i data

OŚWIADCZENIE
PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO/OPIEKUNA PRAWNEGO

Oświadczam, że podczas rozmowy z osobą wykonującą świadczenie mogłam/em zadawać pytania dotyczące sposobu przeprowadzenia świadczenia, alternatywnych metod świadczenia, potencjalnych następstwach lub powikłaniach proponowanego świadczenia. Zrozumiałam/em w pełni informacje podane przez osobę udzielającą świadczenie. Wyjaśniono mi wszelkie wątpliwości dotyczące planowanego świadczenia. Nie mam żadnych dodatkowych pytań, czuję się dostatecznie poinformowana/y.

Bez zastrzeżeń zgadzam się na przeprowadzenie świadczenie oraz ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne, w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego rozstroju zdrowia.

_____ _____
data podpis przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego

_____
___
Nie zgadzam się na przeprowadzenie świadczenia, zostałam/em poinformowana/y o możliwych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia
i życia.

_____ _____
data podpis przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego

* niepotrzebne skreślić

UWAGA: W PRZYPADKU UKOŃCZENIA PRZEZ PACJENTA 16 LAT, ZGODĘ PODPISUJĄ RÓWNOCZEŚNIE PACJENT I PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY.