

Zgoda na leczenie

Oświadczam, że zrozumiałem(-am) podane mi informacje, zostałem(-am) poinformowany(-a) o możliwych komplikacjach związanych z zabiegiem i świadomie wyrażam zgodę na zabieg:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
Data i czytelny podpis