



Warszawa, dnia r.

Imię i Nazwisko Pacjenta składającego oświadczenie

Nr PESEL/Nr paszportu

Adres zameldowania/telefon

Świadoma zgoda pacjenta na wykonanie elektrokardiologicznego testu wysiłkowego

Działając na podstawie przepisów rozdziału 5 Ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2009 nr 52 poz. 417 z późn. zm.)

- Oświadczam, że zapoznałam(em) się z powyższym tekstem i wyrażam świadomą zgodę na wykonanie ELEKTROKARDIOGRAFICZNEGO TESTU WYSIŁKOWEGO.
- Zapoznałam/em się z opisem proponowanego badania oraz jego celowością.
- Przyjmuję do wiadomości, że każde świadczenie zdrowotne pociąga za sobą ryzyko powikłań, które mogą wystąpić nawet przy zachowaniu najwyższych standardów w zakresie wiedzy, umiejętności i opieki zdrowotnej.
- Stwierdzam, że uzyskałam/em wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania.

Data Godz.

Data

.....
Własnoręczny, czytelny podpis osoby
składającej oświadczenie

.....
Czytelny podpis
(imię i nazwisko) opiekuna prawnego

Lekarz przyjmujący oświadczenie:

Data

Pieczętka imienna i podpis

Uwaga!

W przypadku pacjenta do 16 roku życia, oświadczenie podpisuje rodzic/opiekun prawny, w przypadku pacjenta pomiędzy 16-tym a 18-tym rokiem życia oświadczenie podpisuje pacjent oraz jego rodzic/opiekun prawny.