

**ZGODA NA UDZIELENIE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO**

Wyrażam zgodę na udzielenie mi przez .....  
*dane podmiotu leczniczego*

świadczenia zdrowotnego w postaci .....  
*zwięzły opis świadczenia zdrowotnego*

Jednocześnie oświadczam, że poinformowano mnie o moim stanie zdrowia:

.....  
*rozpoznanie*

proponowanych i możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych .....

.....  
*proponowane i możliwe metody diagnostyczne i lecznicze*

oraz dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania i rokowaniu .....

Treść ww. informacji jest dla mnie zrozumiała i nie budzi moich wątpliwości.

.....  
*data*

.....  
*podpis pacjenta*