

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА ПАЦІЄНТА

Від _____, з № паспорта
_____, адреса _____, номер
телефона _____

ПІДТВЕРДЖЕННЯ

- I. Я належним чином поінформований/-на
_____ про процедуру та/або
препарати _____ про переваги, ризики,
та можливі побічні дії від їх застосування.
- II. Я погоджуюсь зі всією інформацією, яку мені надали, і що мої сумніви були
з'ясовані.

ДАЮ ЗГОДУ

Лікарю чи медсестрі _____ на вживання
_____ або на проведення
процедур _____

- У випадку інвалідність або неповноліття.

Ім'я особи, яка надає дозвіл (опікун/ родич/ відповідальна особа) _____
номер паспорта _____ в якості

Після погодження наданої мені інформації

Місце _____ дата _____ 2022.

Підпис санітарного працівника

Підпис біженця