

Oświadczenie i zgoda pacjenta na punkcję cienkoigłową

Imię i nazwisko pacjenta.....

Adres zamieszkania..... data urodzenia.....

Oświadczam, że dr..... poinformował(-a) mnie o celu **punkcji cienkoigłowej**, jej technice i ewentualnych powikłaniach oraz o terminie otrzymania wyniku punkcji.

Niniejszym **wyrażam zgodę** na wykonanie punkcji według zlecenia lekarza kierującego.

W związku z udostępnieniem moich danych osobowych, wyrażam zgodę na ich przetwarzanie w Wielkopolskim Centrum Onkologii. Zgoda na przetwarzanie obejmuje ponadto dane będące wynikiem przeprowadzonych badań. Jestem świadomy (a), że moje dane osobowe objęte są tajemnicą lekarską.

podpis pacjenta nr dokumentu tożsamości.....

podpis lekarza przyjmującego zgodę

miejsce i data.....