

## Informovaný súhlas pacienta s bioptickým výkonom

Meno a priezvisko pacienta:

Dátum narodenia:

Svojím podpisom potvrdzujem, že som bol/a poučený/á a informovaný/á podľa § 6 zákona č. 576/2004 o zdravotnej starostlivosti o účele, povahe, postupe, možných rizikách, komplikáciách poskytovanej zdravotnej starostlivosti - navrhovaného bioptického výkonu a svojím podpisom potvrdzujem svoj súhlas s daným vyšetrením.

V Bratislave dňa:

\_\_\_\_\_  
Podpis pacienta

Poučenie realizoval lekár:

\_\_\_\_\_  
Podpis lekára

UnsP Milosrdní bratia s.r.o, Námestie SNP 10, tel.: +421(2)578 87 140, e-mail: radiologia@milosrdni.sk

## Informovaný súhlas pacienta s bioptickým výkonom

Meno a priezvisko pacienta:

Dátum narodenia:

Svojím podpisom potvrdzujem, že som bol/a poučený/á a informovaný/á podľa § 6 zákona č. 576/2004 o zdravotnej starostlivosti o účele, povahe, postupe, možných rizikách, komplikáciách poskytovanej zdravotnej starostlivosti - navrhovaného bioptického výkonu a svojím podpisom potvrdzujem svoj súhlas s daným vyšetrením.

V Bratislave dňa:

\_\_\_\_\_  
Podpis pacienta

Poučenie realizoval lekár:

\_\_\_\_\_  
Podpis lekára

UnsP Milosrdní bratia s.r.o, Námestie SNP 10, tel.: +421(2)578 87 140, e-mail: radiologia@milosrdni.sk