



**Wyrażam dobrowolnie zgodę na przeprowadzenie proponowanej operacji**

Data, godzina i podpis pacjenta .....

Data i godzina i podpis przedstawiciela ustawowego .....

**Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie proponowanej operacji**

Data, godzina i podpis pacjenta .....

Data, godzina i podpis przedstawiciela ustawowego.....

(Uzasadnienie przez pacjenta/przedstawiciela ustawowego odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej /zabiegu)