

ZGODA NA BADANIE ENG I EMG

Pani / Pan

PESEL/ Data urodzenia:

Nr ks. gł.:

Wyrażam zgodę na przeprowadzenia u mnie badania ENG i EMG w celu ustalenia charakteru zmian chorobowych i oceny ich nasilenia.

Poinformowano mnie, że badanie polega na elektrostymulacji nerwów i badaniu mięśni elektrodą igłową.

Wiem o możliwości przerwania badania w każdym jego momencie na moją prośbę.

Umożliwiono mi zadawanie personelowi pracowni pytań dotyczących wykonywanego badania.

Uzyskane ode mnie dane osobowe będą traktowane jako poufne i używane będą tylko w celach medycznych. Wyrażam zgodę na ewentualne wykorzystanie wyników badania do opracowań naukowych.

Data.....

Podpis.....

Nie wyrażam zgody na badanie ENG, EMG.

Data.....

Podpis.....

Podpis lekarza.....