



IS/CHIRAMB002

SVOBODNÝ A INFORMOVANÝ SOUHLAS S EXCIZÍ

Jméno, příjmení:

Datum narození/rodné číslo:

Bydliště: Kód ZP:

Pan/paní MUDr. mne v rozhovoru podrobně informoval/a

o plánovaném **zákroku - EXCIZI** a léčebném postupu. Též jsem byl/a informován/a o možných variantách zákroku, jeho následcích a komplikacích. Vše mi bylo sděleno srozumitelně, bylo mi umožněno si vše řádně rozvážit a měl/a jsem možnost zeptat se na vše, co považuji za podstatné. Byl/a jsem upozorněn/a na event. možnost zákrok rozšířit nebo modifikovat v závislosti na místním nálezů a celkovém stavu organismu. Považuji poučení za dostatečné, nemám další otázky a souhlasím s navrhovaným výkonem. V případě nutnosti souhlasím i s nutným rozšířením nebo modifikací výkonu.

Ve Zlíně dne:

Podpis pacienta (zákonného zástupce):

Ve Zlíně dne:

Jmenovka a podpis lékaře: