



**GABINET LEKARSKI**  
DR N. MED. KINGA KISZKA  
— RADIOLOG ZIELONKI —  
UL. NA POPIELÓWKĘ 29E  
32-087 ZIELONKI  
TEL. 0048 668 386 358

## Formularz zgody pacjenta

W trakcie wizyty zostałem zapoznany z informacją dotyczącą udzielanej mi konsultacji lekarskiej w tym sposobu wykonania i rodzaju badania usg oraz sposobu i wyniku konsultowanych badań obrazowych i miałem/am na to wystarczająco dużo czasu, uzyskałem satysfakcjonujące odpowiedzi na wszystkie swoje pytania i wątpliwości.

Jestem świadomy istoty, znaczenia, skutków i ryzyka związanych z udziałem w prowadzonym w Gabinecie badaniu lekarskim.

Wiem, że mogę w każdej chwili wycofać zgodę na konsultację lekarską i badanie usg oraz anulować wizytę bezpłatnie.

Jestem świadom wysokości poniesionych kosztów dopełnionej wizyty.

.....

Miejscowość, data

.....

własnoręczny podpis