

*chorób krwi (białaczki, trombocytopenia)

*sepsy

*przewlekłych chorób wątroby

*terapii antykoagulantami

I wyrażam ŚWIADOMĄ zgodę na przeprowadzenie zabiegu z wykorzystaniem osocza bogatopłytkowego.

OŚWIADCZAM również, że podczas wywiadu lekarskiego wymieniłem/łam wszelkie znane mi choroby i dolegliwości na które cierpię .

Zostałem/łam również poinformowany/a o zalecanym postępowaniu po zabiegu.

.....
Data

.....
podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego

Stwierdzam, że przedstawiłem pacjentowi/ przedstawicielowi ustawowemu planowany sposób leczenia zgodnie z prawdą i posiadaną wiedzą medyczną oraz poinformowałem o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub wyniku zabiegu.

.....
Data

.....
podpis lekarza