

Miejsce i data

ZGODA NA UŻYCIĘ PRZESZCZEPU BIOSTATYCZNEGO  
ALLOGENICZNEGO

Wyrażam świadomą zgodę na użycie PRZESZCZEPU  
BIOSTATYCZNEGO ALLOGENICZNEGO

rodzaj.....  
.....

w celu wszczepienia jej podczas zabiegu chirurgicznego  
wykonywanego u mnie .Zostałem(-am) poinformowany(-a)  
wyczerpująco o wszystkich zaletach i wadach wynikających z  
użycia tego materiału oraz powikłaniach które mogą wystąpić  
zabiegu z użyciem tej tkanki .

Dane Pacjenta

Podpis Pacjenta