

**Zgoda pacjenta na badanie –biopsja aspiracyjna cienkoigłowa pod kontrolą usg**

Ja .....

Wyrażam dobrowolną zgodę na badanie diagnostyczne – **biopsja aspiracyjna cienkoigłowa pod kontrolą usg sutka/tarczycy/węzłów chłonnych/ślinianki...../inne.....** Zostałem wyczerpująco i zrozumiale poinformowany o celu badania, które zostanie wykonane, jak również możliwych powikłaniach i korzyściach badania. Nie mam więcej pytań ani żadnych wątpliwości.

....., dnia, ..... godz. ....

(Czytelny podpis pacjenta)

.....

Potwierdzam, że pacjent został poinformowany o planowanym badaniu, jego przebiegu, celu i możliwych powikłaniach mogących powstać w wyniku wykonanego badania.

.....

(pieczętka i podpis lekarza