Nazwisko i imię pacjenta/tki .....

Nr PESEL __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

OŚWIADCZENIE

Informuję, że rezygnuję z przeprowadzenia u mnie (mojego dziecka, podopiecznego) terapii za pomocą jodu radioaktywnego.

Równocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia oraz przebiegu dalszego leczenia oraz że jestem ich świadomy/a.

Jestem także świadomy/a konieczności poniesienia kosztów przygotowania terapii, jeśli rezygnacja nastąpiła później niż 7 dni przed planowaną datą leczenia.

Data oraz czytelny podpis pacjenta/tki .....

Informację należy składać telefonicznie pod nr telefonu: 16 677 52 46 lub 16 677 52 49

oraz pisemnie na adres:

Wojewódzki Szpital in. Św. Ojca Pio w Przemyślu

Zakład Medycyny Nuklearnej

ul. Monte Cassino 18

37-700 Przemyśl

Wszelkie prawa do niniejszego dokumentu i zawartej w nim treści są zastrzeżone. Powielanie oraz udostępnianie osobom nieupoważnionym bez pisemnego zezwolenia Dyrektora lub Pełnomocnika ds. Zarządzania Jakością jest zabronione.