

Świadczeniodawca



POMIARY GLIKEMII

OPIEKA
FARMACEUTYCZNA

**Zgoda pacjenta
na udzielenie świadczenia zdrowotnego**

na podstawie art. 16 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r.
o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

Niniejszym działając we własnym imieniu wyrażam zgodę na udzielenie na moją rzecz świadczenia: **pomiar stężenia glukozy we krwi włosniczkowej.**

Jednocześnie oświadczam, że przekazano mi informacje o zasadach udzielania powyższego świadczenia oraz o jego celu, istocie, treści, charakterze, skutkach, ewentualnych ryzykach związanym z przerwaniem ciągłości tkanek (nakłucie opuszki palca) i przeciwwskazaniach medycznych. Zostały mi udzielone odpowiednie informacje i wskazówki, których spełnienie powinno zabezpieczyć przed powikłaniami badania. Przekazane mi informacje w całości przyjmuję, rozumiem i akceptuję. Wyrażam dobrowolną zgodę na poddanie się badaniu.

Oświadczam również, że zostałem poinformowany, że przeprowadzenie przez farmaceutę badanie stężenia glukozy we krwi ma przede wszystkim charakter profilaktycznego badania przesiewowego, przy czym może jednocześnie służyć samokontroli już rozpoznanej cukrzycy oraz wyrażam zgodę na wykorzystanie wyników badania do celów statystycznych.

Imię i nazwisko pacjenta: _____

PESEL pacjenta: _____

Miejscowość, data: _____

czytelny podpis pacjenta