

VZOR

Záznam o odvolaní informovaného súhlasu.

Odvolávam svoj informovaný súhlas daný ošetrujúcemu zdravotníckemu pracovníkovi

..... V.....

..... dňa.....

.....
podpis

.....
pečiatka a podpis ošetrujúceho
zdravotníckeho pracovníka

Vyjadrenie osoby nespôsobilej dať informovaný súhlas:

.....

.....

V..... dňa.....