

ОБЯЗАТЕЛЬСТВО

ФГБНУ «РОССИЙСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ХИРУРГИИ
им. акад. Б.В.Петровского»
Москва, Абрикосовский пер., 2 тел: +7 499 248-11-45

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПРОВЕДЕНИЕ ВНУТРИСЕРДЕЧНОГО ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Я, _____,

Ф.И.О.

ознакомлен мои лечащим врачом _____
с характером и возможными осложнениями планируемого исследования. На
проведение мне внутрисердечного электрофизиологического исследования
согласен.

Подпись пациента _____

Пациент расписался в моем присутствии:

Лечащий врач _____ (подпись)

« ____ » _____ 20 г.

