                              Souhlas o podání informací před provedením  odejmutí dělohy

Byla jsem lékařem řádně a srozumitelně poučena  o povaze zdravotního výkonu, jeho trvalých následcích  
spočívajících v nemožnosti otěhotnění jakoukoliv cestou a možných rizicích,spočívajících v komplikacích  
operačního zákroku.

Toto poučení jsem četla, bylo mi srozumitelně vysvětleno a rozuměla jsem mu, souhlasím s provedením  tohoto zdravotního výkonu, měla jsem možnost klást otázky směřující k bližšímu objasnění plánovaného výkonu a všechny tyto dotazy mně byly zodpovězeny.

Přítomnost dalšího svědka při poučení žádám

Žadatelka            :   {Jméno a příjmení}  
Narozená,r.č.       :   {Rodné číslo}                                                
Bytem                  :   {Adresa ulice čp}  {Adresa město}  {Adresa PSČ}

Podpis žadatelky  :

Poučující lékař      :  {Lékař}

Povinný svědek    :                                       Podpis svědka :

Vyžádaný svědek/ci:                                    Podpis vyžádaného svědka :

Hodonín {Datum}