



..... dnia r.
(miejscowość)

Imię i nazwisko Płeć K M

Data urodzenia PESEL MRN.....

Obywatelstwo Miejsce zamieszkania

Numer telefonu lub adres e-mail
(ważne w przypadku konieczności powiadomienia o ponownym pobraniu)

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania w kierunku zakażenia wirusem HIV.

Oświadczam, iż uzyskałem pisemne odpowiedzi na pytania:

- Co to jest HIV, AIDS.
- W jaki sposób przenoszony jest wirus HIV i jakie są sposoby uniknięcia zakażenia.
- Dlaczego bardzo ważne jest badanie kobiet ciężarnych i planujących ciążę?
- Na czym polega badanie HIV? Jakie są rodzaje badań?
- Co oznacza wynik niereaktywny (ujemny) a co reaktywny (dodatni)?
- Gdzie można uzyskać pomoc medyczną?

Zostałem poinformowany, iż w przypadku gdy wynik badania w teście przesiewowym będzie nierozstrzygnięty, nie otrzymam wyniku a jedynie pisemną informację o wymaganym teście potwierdzenia i będę mógł wykonać to badanie z ponownie pobranej próbki krwi.

.....
Data i podpis pacjenta