Pasirašydamas patvirtinu, kad gydytojas suprantama forma paaiškino apie mano sveikatos būklę, diagnozę, tyrimų duomenis, gydymo galimybes ir prognozę. Su skiriamais tyrimais, gydymo planu

Sutinku/nesutinku (nereikalingą išbraukti) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Parašas)