

ZGODA PACJENTA NA ZABIEG **CGF**

Ja niżej podpisany(-a) oświadczam, że wyrażam zgodę na poddanie się zabiegowi z użyciem zestawu CGF wykorzystującego skoncentrowane czynniki wzrostu i komórki macierzyste CD34+.

Oświadczam, iż nie posiadam przeciwwskazań do zabiegu, tj. aktywnego nowotworu/aktywnej choroby autoimmunologicznej/ciąży/laktacji/nie jestem nosicielem wirusa HIV, WZW typu B lub C.

Oświadczam, iż zostałem(-am) poinformowany(-a) o możliwych skutkach niepożądanych po zabiegu, tj. miejscowym zaczerwienieniu, obrzęku i/lub sińcach.

Oświadczam, iż udzieliłem(-am) szczerych odpowiedzi na wszystkie zadane mi pytania dotyczące mojej historii medycznej. Miałem(-am) możliwość zadania wszelkich pytań, jakie chciałem(-am) zadać i udzielono mi na nie wyczerpujących odpowiedzi.

Obszar objęty terapią.....o

Rekomendowana ilość zabiegów..... w odstępach co.....

NAZWA PRODUKTU CGF LIQUID/CGF HARMONY/CGF ONE	NAKLEJKA Z NUMEREM SERII	DATA ZABIEGU PODPIS LEKARZA ORAZ PACJENTA