

Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dra J. Biziela
Centrum Interwencyjnego Leczenia Udarów Mózgu.
Oddział Neurologii.

Pracownia EMG

ul. Ujejskiego 75, 85-168 Bydgoszcz, tel. 52-3655651 ,52-3655565

ZGODA NA BADANIE ENG I EMG

Pani / Pan

PESEL:.....

Wyrażam zgodę na przeprowadzenia u mnie badania ENG i EMG w celu ustalenia charakteru zmian chorobowych i oceny ich nasilenia.

Poinformowano mnie, że badanie polega na elektrostymulacji nerwów i badaniu mięśni elektrodą igłową.

Wiem o możliwości przerwania badania w każdym jego momencie na moją prośbę.

Umożliwiono mi zadawanie personelowi pracowni pytań dotyczących wykonywanego badania.

Uzyskane ode mnie dane osobowe będą traktowane jako poufne i używane będą tylko w celach medycznych. Wyrażam zgodę na ewentualne wykorzystanie wyników badania do opracowań naukowych.

Data..... Podpis.....

Nie wyrażam zgody na badanie ENG , EMG .

Data..... Podpis.....