

Świadoma zgoda pacjenta na zastosowanie terapii lekiem
poza wskazaniami rejestracyjnymi (off-label)

Imię i nazwisko pacjenta

.....

Pesel

.....

Oświadczam, że przeczytałam/-em i zrozumiałam/em informacje dotyczące zastosowania leku poza wskazaniami rejestracyjnymi oraz otrzymałam/em wyczerpujące i satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadawane pytania.

Wyrażam dobrowolnie zgodę na terapię lekiem poza wskazaniami rejestracyjnymi „off-label”.

Data i czytelny podpis pacjenta i opiekuna prawnego

Data i czytelny podpis lekarza