

 UNIwersytet MEDYCZNY IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU	ZGODA PACJENTA NA WYKONANIE BADAŃ W KIERUNKU ZAKAŻENIA WIUSAMI HIV, HCV, HBV W ZWIĄZKU Z POSTĘPOWANIEM POEKSPozyCYJNYM /PATIENT'S CONSENT TO BE TESTED FOR HIV, HCV, HBV INFECTION IN CONNECTION WITH POST-EXPOSURE MANAGEMENT	UWAGA! 1. Wypełnia osoba będąca źródłem ekspozycji. 2. Oświadczenie dołączyć do karty poekspozycyjnej i skierowania. IMPORTANT! 1. To be filled in by the person being the source of the exposure 2. Please enclose this statement to the post- exposure chart and referral.
---	--	---

.....

Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie (pacjenta będącego źródłem ekspozycji) /
Full name of the person submitting the statement (the patient being the source of exposure)

Ja, niżej podpisany oświadczam, iż **wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody**¹ na pobranie krwi i wykonanie badań w kierunku zakażenia wirusami HIV, HCV, HBV.

I, the undersigned, hereby declare that **I consent / do not consent**¹ to have blood collected and tested for the infection with HIV, HCV, HBV viruses.

.....

Data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie /
Date and legible signature of the person making the statement

¹ Niewłaściwe skreślić

¹ Delete, as appropriate