

## Zgoda na wykonanie i przetwarzanie zdjęć do dokumentacji zabiegowej

Ja, niżej podpisana ....., wyrażam  
zgoda / nie wyrażam zgody\* na wykonanie zdjęć fotograficznych okolic poddanych zabiegowi  
wyłącznie do celów dokumentacyjnych.

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\* na publikację i przetwarzanie wykonanych  
zdjęć fotograficznych okolic poddanych zabiegowi, pod warunkiem nierozpoznawalności mojej  
osoby.

.....  
**Data i czytelny podpis Pacjenta**

