

## ZAŚWIADCZENIE

Pacjent wyraził zgodę oraz poddał się zabiegowi **implantacji leku Disulfiramu**, w dniu ..... oraz został poinformowany o bezwzględnym zakazie spożywania alkoholu. Został poinformowany również o następstwach związanych z nieprzestrzeganiem zakazu spożywania alkoholu.

Podpis pacjenta

---

Podpis lekarza

---