

En/Na/N' \_\_\_\_\_  
Amb DNI \_\_\_\_\_, major d'edat, en ple ús de les meues facultats mentals, manifeste que he sigut informat satisfactòriament pel Dr./Dra. \_\_\_\_\_, metge /ssa especialista en Neurologia, dels següents punts: què és, com se practica, per a què val, els riscos existents, possibles molèsties o complicacions i alternatives de tractament.

-----  
Declare que he sigut ampla i satisfactòriament informat de forma oral, he llegit el document, he comprés i estic conforme amb les explicacions del procediment, que dita informació ha segut realitzada i done el meu consentiment per a que se practique el mateix (Art. 10.6 Llei General de Sanitat)

També estic informat de la possibilitat de retirar el consentiment, després de manifestar-lo per escrit i entregar-ho a l'equip mèdic que atén al pacient.

I per a que així conste, sabedor i conforme, firme el present original,