

## **OŚWIADCZENIE PACJENTA**

Oświadczam, że zgadzam się na leczenie z zastosowaniem konopi medycznych oraz że zostałem/łam poinformowany/a o możliwości wystąpienia działań niepożądanych podczas terapii.

Oświadczam też, że zostałem/łam poinformowany/a o zakazie prowadzenia pojazdów pod wpływem działania leku.