

ZGODA NA ZABIEG / BADANIE

Imię i nazwisko pacjenta: PESEL:

Planowany zabieg/badanie:

.....

Oświadczam, że zostałem/am szczegółowo poinformowany/a o wyżej wymienionym zabiegu/badaniu. Na temat rodzaju, celowości, przebiegu zabiegu/badania, jak również o najważniejszych zaletach i wadach oraz potencjalnych zagrożeniach proponowanego zabiegu/badania, także w porównaniu do innych metod leczenia/diagnostyki – otrzymałem/am ustną informację. Jestem świadomy/a, że wobec okoliczności, które wynikną dopiero w trakcie zabiegu/badania, konieczne może być rozszerzenie lub zmiana zaplanowanego sposobu zabiegu/badania zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej.

Zostałem/am również poinformowany/a o możliwych komplikacjach, które mogą wystąpić po zabiegu/badaniu. Poszczególne następstwa zostały mi wyjaśnione zrozumiałym dla mnie językiem, w tym niżej wymienione komplikacje:

- krwawienie, obrzęk uszkodzenia naczyń, nerwów, sąsiednich tkanek lub narządów
 zakażenie miejsca operacyjnego choroba zakaźna (np. WZW, AIDS) zaburzenia gojenia ran
 reakcje alergiczne, nietolerancja leków / środków kontrastowych inne

Oświadczam, że została ze mną przeprowadzona rozmowa, wyjaśniająca proponowany zabieg/badanie. Wyjaśnienia zostały przeze mnie zrozumiane, a na wszystkie zadane przeze mnie pytania lekarz udzielił wyczerpującej odpowiedzi. Nie mam więcej pytań ani wątpliwości.

Oświadczam również, że podczas wywiadu lekarskiego wymieniłem/am wszelkie znane mi choroby i dolegliwości, na które cierpię. Zostałem/am także ustnie poinformowany/a o zalecanym postępowaniu po zabiegu/badaniu.

Wyrażam zgodę na wykonanie podczas zabiegu/badania dokumentacji fotograficznej i dokumentacji radiologicznej oraz publikowania jej w celach dydaktycznych i naukowych – po usunięciu danych umożliwiających identyfikację, z zachowaniem przepisów Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 1997 r. Nr 133, poz. 883 z późniejszymi zmianami).

Jestem świadomy/a, że podpisaną przeze mnie zgodę na proponowany zabieg/badanie mogę w każdej chwili odwołać.

Gruszczyce, dn.
.....
podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego

Stwierdzam, że przedstawiłem pacjentowi / przedstawicielowi ustawowemu planowany sposób leczenia/diagnostyki zgodnie z prawdą i posiadaną wiedzą medyczną oraz poinformowałem o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub wyniku zabiegu.

Gruszczyce, dn.
.....
podpis i pieczętka lekarza