

ŚWIADOMA ZGODA NA ZABIEG INWAZYJNY

Nr Księgi Głównej Data zabiegu

Nazwisko i imię pacjenta PESEL

Rozpoznanie

Wyrażam zgodę na wykonanie:

Stwierdzam, że przedstawiłam(em) pacjentowi planowany sposób leczenia oraz poinformowałam o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu badania lub zabiegu.

Podpis lekarza

Zostałam(em) poinformowana(y) o przeciwwskazaniach do przeprowadzenia w/w czynności, o sposobie przeprowadzenia czynności, występujących następstwach i możliwych powikłaniach, a także o „długoterminowych skutkach wykonanej czynności.

Poinformowano mnie szczegółowo i zrozumiale o sposobie postępowania po wykonaniu czynności.

Uzyskałam(em) również informacje na temat konieczności odbycia wizyt kontrolnych po wykonaniu czynności.

Przed rozpoczęciem czynności udzieliłam(em) pełnych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego odnośnie stanu zdrowia, przyjmowanych leków oraz przebytych chorób, urazów i zabiegów.

Poinformowano mnie, że zatajenie lub przekazanie nieprawdziwych informacji na temat stanu zdrowia, przyjmowanych leków, przebytych chorób, urazów i zabiegów traktowane jest jako przyczynienie się pacjenta do powstania szkody w procesie leczenia.

Informacja przekazana przez lekarza przed przystąpieniem do wykonania czynności była dla mnie w pełni jasna i zrozumiała.

W trakcie rozmowy z lekarzem miałam(em) możliwość zadawania pytań.

Oświadczam, że zapoznałam(em) się z powyższym tekstem i wyrażam świadomą zgodę na wykonanie powyższej czynności.

Proszę o wykonanie proponowanego zabiegu.

.....
data

.....
czytelny podpis i pieczęć lekarza

.....
czytelny podpis pacjenta