ZGODA
NA WYKONANIE ZABIEGU OPERACYJNEGO I ZNIECZULENIA
ORAZ INNE ZWIĄZANE Z TYM CZYNNOŚCI

Niniejszym oświadczam, że w dniu _____,
(dzień, miesiąc, rok)

w _____, w _____
(pełna nazwa zakładu opieki zdrowotnej) (miejscowość)

Pan/Pani doktor _____
(imię i nazwisko lekarza)

przeprowadził/a ze mną rozmowę dotyczącą planowanego u mnie postępowania leczniczego

obejmującego _____

_____
_____
_____
_____
_____
(należy w szczególności skonkretyzować rodzaj zabiegu operacyjnego)

Oświadczam, że podczas przedmiotowej rozmowy, uzyskałem/łam od wyżej wskazanego lekarza przystępną, zrozumiałą i wyczerpującą informację o:

moim stanie zdrowia,
rozpoznaniu,
proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, w tym rodzaju i celu planowanego zabiegu operacyjnego oraz innych sposobach leczenia (zamiast proponowanego zabiegu operacyjnego), jak również o ryzyku i powikłaniach mogących powstać z tego tytułu,
proponowanym znieczuleniu oraz ewentualnym ryzyku i powikłaniach z tego tytułu,
mogącej zaistnieć konieczności podania mi krwi lub preparatów krwiopochodnych w trakcie planowanego zabiegu operacyjnego lub w okresie pooperacyjnym oraz ewentualnym ryzyku i powikłaniach z tego tytułu,
wynikach leczenia oraz rokowaniu.

Ponadto, w trakcie przedmiotowej rozmowy, miałem/łam możliwość zadania lekarzowi pytań dotyczących sposobu wykonania usługi medycznej, jej celowości oraz grożących powikłań i otrzymałem/łam od wyżej wskazanego lekarza, przystępne, zrozumiałe i wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie zadane przeze mnie pytania w zakresie jak powyżej.

Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, że każdy zabieg operacyjny, znieczulenie, podawanie krwi lub preparatów krwiopochodnych, pociąga za sobą ryzyko powikłań (w tym poważnych, a nawet śmierci), które mogą wystąpić nawet przy zachowaniu najwyższych standardów w zakresie wiedzy, umiejętności i opieki medycznej.

Oświadczam, że mam pełną świadomość niemożności udzielenia mi gwarancji uniknięcia ryzyka i/lub powikłań mogących wyniknąć z planowanego zabiegu operacyjnego, znieczulenia, podania krwi lub preparatów krwiopochodnych i użycia innych materiałów medycznych.

Oświadczam, że przyjmuję również do wiadomości, że w trakcie wykonywania czynności, o których mowa powyżej, mogą wystąpić okoliczności, których nieuwzględnienie mogłoby mi grozić niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia. W takim przypadku, lekarz będzie uprawniony do podjęcia działań i/lub środków w sposób umożliwiający uwzględnienie tych okoliczności w ramach obowiązujących przepisów prawa.

POTWIERDZAM, ŻE PRZYJĄŁEM/PRZYJĘŁAM DO WIADOMOŚCI I ZROZUMIAŁEM/ZROZUMIAŁAM POWYŻSZE INFORMACJE, W TYM W SZCZEGÓLNOŚCI INFORMACJE NA TEMAT RYZYKA I POWIKŁAO.

Niniejszym wyrażam zgodę na wykonanie przez

_____, w _____,
(pełna nazwa zakładu opieki zdrowotnej) (miejscowość)

na mojej osobie, planowanego zabiegu operacyjnego oraz znieczulenia i podania mi krwi lub produktów krwiopochodnych (o ile zaistnieje taka potrzeba) ponadto, dysponowanie tkankami, które zostaną usunięte z mojego organizmu.

Jednocześnie, wyrażam zgodę na wykonanie, przez wyżej wymieniony podmiot, wszelkich niezbędnych badań i czynności zmierzających do lub związanych z przeprowadzeniem, na mojej osobie, przedmiotowego zabiegu oraz znieczuleniem i podaniem mi krwi lub produktów krwiopochodnych (o ile zaistnieje taka potrzeba).

Zgadzam się również na wykonanie i przechowywanie niezbędnej dokumentacji medycznej w formie zdjęciowej i/lub filmowej przez _____, w _____.
(pełna nazwa zakładu opieki zdrowotnej) (miejscowość).

Pacjent:

_____ _____
(imię i nazwisko) (podpis)

Potwierdzenie miejsca, daty i godziny złożenia przez Pacjenta powyższego oświadczenia:

_____, dnia _____r., godz. ____:____
(miejscowość) (dzień, miesiąc, rok) (wskazać)