

pieczętka placówki medycznej

OŚWIADCZENIE O ZGODZIE NA UDZIELANIE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO

(DIAGNOSTYKA I LECZENIE, DIAGNOSTYKA I LECZENIE O PODWYŻSZONYM RYZYKU ALBO ZABIEG OPERACYJNY)

1. Nazwisko i imię Pacjenta	2. PESEL	3. Data urodzenia
4. Adres zamieszkania		5. Nr Księgi Głównej

Oświadczam, że w dniu Dr przeprowadził/a ze mną rozmowę, podczas której poinformował/a mnie wyczerpująco o moim stanie zdrowia, istocie mojej choroby oraz o możliwościach diagnostycznych, leczenia i rokowaniu. Przedstawił/a informacje dotyczące planowanych wobec mnie a związanych z moim stanem zdrowia świadczeniach zdrowotnych, tj. badaniach diagnostycznych, leczeniu i ewentualnym leczeniu zabiegowym. Wyjaśnił/a mi zarówno korzyści, jak i następstwa oraz rokowanie związane z proponowanym postępowaniem. Uzyskałem/am szczegółową informację o mogących wystąpić powikłaniach. Poinformował/a mnie dostatecznie o możliwościach ewentualnego wyboru innych świadczeń zdrowotnych dotyczących mego stanu zdrowia. Wyjaśnił/a mi również następstwa i rokowanie związane z niewyrażeniem zgody na proponowane postępowanie. Doktor poinformował/a mnie o możliwości zaistnienia powodów medycznych, jak i technicznych, które mogą zmusić lekarza przeprowadzającego zabieg do jego przerwania lub zmiany sposobu postępowania poprzez poszerzenie lub zmniejszenie zakresu zabiegu, jak również odstąpienia od zabiegu a wynikające tylko ze stwierdzonego w trakcie zabiegu stanu zaawansowanego procesu chorobowego.

Ponadto oświadczam, że Doktor przeprowadził/a ze mną rozmowę, w której po zapoznaniu się z ogólnym stanem mojego zdrowia, uzyskaniu informacji w zakresie stosowanych przeze mnie leków, używek, zaproponował/a mi stosowny rodzaj znieczulenia. Wyjaśnił/a mi istotę czekającego mnie znieczulenia, jak i leczenia przeciwbólowego w okresie okołozabiegowym. Przedstawił/a ewentualne trudności związane z jego przeprowadzeniem oraz mogących wystąpić powikłaniach w trakcie, jak i bezpośrednio po znieczuleniu. Wyjaśniono mi wszystkie wątpliwości, jakie miałem w związku z planowanym świadczeniem zdrowotnym w postaci wybranego rodzaju znieczulenia. Wyjaśnienia w pełni świadomie przyjąłem/am i zrozumiałem/am. Doktor poinformował/a mnie również o możliwości zaistnienia powodów medycznych, jak i technicznych, które mogą zmusić lekarza przeprowadzającego znieczulenie, zarówno przed zabiegiem, jak i w trakcie jego trwania, jak również odstąpienia od znieczulenia a wynikające tylko z mojego stanu zdrowia.

- Wyjaśniono mi wszystkie wątpliwości, jakie miałem/am w związku z planowanym świadczeniem zdrowotnym. Wyjaśnienia w pełni przyjąłem/am do wiadomości i zrozumiałem/am. TAK NIE
- Świadom/a moich decyzji upowazniam lekarza udzielającego świadczenia zdrowotnego do podejmowania najkorzystniejszych dla mnie decyzji w trakcie jego wykonywania, łącznie ze zmianą postępowania, gdy zaistnieje taka konieczność. TAK NIE
- Wyrażam zgodę na przetoczenie krwi lub jej składników w momencie powstania wskazań w trakcie wykonywania świadczenia zdrowotnego. TAK NIE
- Nie wnoszę żadnych zastrzeżeń dotyczących proponowanego sposobu diagnostyki i leczenia. TAK NIE

WYRAŻAM ZGODĘ NA UDZIELANIE MI ZAPROPONOWANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH.**TAK**.....
podpis Pacjenta**NIE**.....
podpis Pacjenta.....
pieczętka i podpis lekarza odbierającego zaświadczenie