

Oświadczenie pacjenta / przedstawiciela ustawowego*

Oświadczam, że podczas rozmowy z lekarzem mogłem/am zadawać pytania dotyczące sposobu przeprowadzenia operacji, alternatywnych metod leczenia, potencjalnych następstwach i powikłaniach planowanego zabiegu. Zrozumiałem/am w pełni informacje podane przez lekarza. Wyjaśniono mi wszelkie wątpliwości dotyczące planowanego zabiegu operacyjnego. Informacja przekazana przez lekarza jest dla mnie w pełni jasna i zrozumiała. W trakcie rozmowy z lekarzem miałam(-em) możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego postępowania medycznego.

Nie mam żadnych dodatkowych pytań, czuję się dostatecznie poinformowany/a.

Bez zastrzeżeń zgadzam się na przeprowadzenie zabiegu operacyjnego oraz ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne, w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego rozstroju zdrowia.

.....
data

.....
podpis pacjenta/ przedstawiciela ustawowego*

.....
pieczętka i podpis lekarza

Nie zgadzam się na przeprowadzenie zabiegu operacyjnego, zostałem/am poinformowany/a o możliwych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

.....
data

.....
podpis pacjenta/ przedstawiciela ustawowego*

.....
pieczętka i podpis lekarza

Podpisanie zgody przez pacjenta jest niemożliwe z powodu

*niepotrzebne skreślić

Uwaga: W przypadku ukończenia przez pacjenta 16 lat, zgodę podpisują równocześnie pacjent i przedstawiciel ustawowy.