

OŚWIADCZENIE ŚWIADOMA ZGODA NA ZABIEG LUB LECZENIE

Imię i nazwisko pacjenta:

Adres zamieszkania:

Data urodzenia: PESEL

Rodzaj planowanego zabiegu:

Rodzaj planowanego znieczulenia:

Ja niżej podpisana/-y :(imię i nazwisko), na podstawie art. 32-35 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t. jedn. Dz.U. z 2011 r. Nr 277, poz.1634 z późn. zm. Oraz art. 16-18 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t. jedn. Dz.U. z 2012 r. poz. 159) wyrażam zgodę na wykonanie przez i wybranych asystentów planowanego, wyżej wymienionego zabiegu.

Otrzymałam/-em następujący zestaw informacji i dokumentów: Świadoma zgoda na zabieg i leczenie, Ankieta anestetyczna ze zgodą na rodzaj znieczulenia, Wywiad epidemiologiczny, Zalecenia pooperacyjne.

Oświadczam, że odbyłam/-em szczepienie przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B:

TAK / NIE* /zaznaczyć właściwą odpowiedź/

Jeżeli odpowiedź jest NIE – Oświadczam, że jestem świadoma/-y zagrożenia wynikającego z mojego braku szczepienia przeciwko WZW typu B i proszę o przeprowadzenie zabiegu operacyjnego pomimo braku w/w szczepień.

Oświadczam, że udzieliłam/-em wyczerpujących i prawdziwych informacji o stanie mojego zdrowia, przebytych chorobach oraz stosowanych lekach, zgodnie z wypełnioną samodzielnie lub z pomocą rodziny Ankieta anestetyczną.

Ponadto oświadczam, że zostałam/-em w sposób wyczerpujący i w języku dla mnie zrozumiałym poinformowana/-y o:

- 1) Konieczności i sposobie przygotowania się do zabiegu, w tym o konieczności wykonania zleconych badań i konsultacji, zmianie lub zakończeniu terapii jakiej jestem poddawana/-y.
- 2) Rodzaju zabiegu, przewidywanym czasie trwania, możliwym czasie niezdolności do pracy.
- 3) Rodzaju znieczulenia (miejscowego, przewodowego lub ogólnego).
- 4) Możliwych powikłań zabiegu chirurgicznego lub diagnostycznego oraz przebiegu gojenia.
- 5) Możliwych powikłań znieczulenia
- 6) Sposobie postępowania w okresie po zabiegu, w tym o konieczności wdrożenia terapii farmakologicznej i terminach wizyt konsultacyjnych (kontrolnych) wyznaczonych przez operatora.
- 7) Możliwych negatywnych następstwach i powikłań, które mogą wystąpić w związku zaniedbaniem postępowania po zabiegu, wymienionych w p. 6).
- 8) Kosztach zabiegu i leczenia, które akceptuję

Jestem świadoma/-y, że możliwy do osiągnięcia efekt zabiegu, okres gojenia i skuteczność ewentualnej terapii pooperacyjnej nie mogą zostać określone w sposób ścisły, co wynika ze specyfiki planowanego zabiegu. Jestem jednocześnie świadoma/-y, że ostateczny efekt zabiegu zależy od wielu czynników wymienionych w informacji o zabiegu.

Jestem świadoma/-y, że w trakcie zabiegu i znieczulenia mogą wystąpić nieprzewidziane okoliczności, których nieuwzględnienie mogłoby grozić niebezpieczeństwem ciężkiego rozstroju zdrowia a nawet utraty życia i które mogą wymagać przeprowadzenia dodatkowych zabiegów i leczenia. Niniejszym zezwalam lekarzom upoważnionym do przeprowadzenia zabiegu i znieczulenia na wykonanie dodatkowych, niezbędnych czynności, mających na celu ochronę mojego zdrowia. Zgoda wyrażona w tym oświadczeniu uwzględni także wszelkie stany zdrowotne wymagające leczenia, nieznanne moim lekarzom w czasie, kiedy zabieg się rozpoczął.

Wyrażam zgodę na użycie tkanek i części ciała, które zostały usunięte podczas zabiegu.

Częstochowa, dn.

.....
podpis pacjenta