

ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA ZABIEG

[nazwa podmiotu leczniczego], [adres], [komórka organizacyjna / gabinet]

1. Pacjent

Imię i nazwisko: [imię i nazwisko], PESEL: [PESEL], data urodzenia: [data]. Przedstawiciel ustawowy (w przypadku pacjenta małoletniego lub ubezwłasnowolnionego): [imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa]

2. Informacja o zabiegu

1. Rozpoznanie: [rozpoznanie]
2. Proponowany zabieg lub metoda: [nazwa i krótki opis przebiegu]
3. Rodzaj znieczulenia: [brak / miejscowe / przewodowe / ogólne]
4. Spodziewane korzyści: [opis]
5. Możliwe powikłania i ryzyko, w tym rzadkie, lecz poważne: [opis]
6. Metody alternatywne i skutki zaniechania zabiegu: [opis]
7. Zalecenia przed zabiegiem i po nim: [opis]

3. Oświadczenie pacjenta

- Otrzymałem(-am) od lekarza [imię i nazwisko lekarza] informację o stanie zdrowia, proponowanym zabiegu, jego następstwach, ryzyku i metodach alternatywnych w zakresie opisanym w pkt 2.
- Miałem(-am) możliwość zadawania pytań i otrzymałem(-am) na nie zrozumiałe odpowiedzi.
- Podałem(-am) prawdziwe informacje w wywiadzie medycznym, w szczególności o przyjmowanych lekach, alergiach, chorobach przewlekłych i ciąży.
- Wiem, że mogę wycofać zgodę do chwili rozpoczęcia zabiegu.
- Wyrażam zgodę na wykonanie czynności nieprzewidzianych, jeżeli w trakcie zabiegu okażą się niezbędne dla usunięcia bezpośredniego niebezpieczeństwa dla mojego życia lub zdrowia: [tak / nie]

4. Zgoda

Wyrażam zgodę na wykonanie zabiegu opisanego w pkt 2 oraz zastosowanie wskazanego znieczulenia.

[miejscowość], [data i godzina]

.....

podpis pacjenta albo przedstawiciela ustawowego

.....

podpis pacjenta, który ukończył 16 lat (gdy zgodę wyraża także przedstawiciel ustawowy)

.....

podpis i pieczęć lekarza udzielającego informacji