

ZGODA PACJENTA
na zabieg operacyjny/zastosowania metody leczenia/diagnostyki stwarzających
podwyższone ryzyko dla pacjenta

Imię i nazwisko pacjenta, którego dotyczy zgoda:

....., PESEL _ _ _ _ _

Zgodnie z art. 32 – 35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. 2008 nr 136 poz. 857 z późniejszymi zmianami) oraz art. 16 -18 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 r. Nr 52 poz. 417 z późn. zm.)
wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody na¹:

.....
(należy wpisać rodzaj zabiegu operacyjnego, metody leczenia/diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta)

Jednocześnie oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a) i zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący na temat:

- stanu mego zdrowia, rozpoznania,
- proponowanych oraz alternatywnych metod diagnostycznych i leczniczych,
- techniki zabiegu/świadczenia i zostałem szczegółowo zaznajomiony (-a) z całym przebiegiem proponowanego leczenia,
- dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania,
- rokowań
- ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań (w trakcie lub po zabiegu),
- wskazań odnośnie postępowania po zabiegu/realizacji świadczenia

Dotyczy przypadku niewyrażenia zgody - Zostałam poinformowana(y) o wszelkich możliwych negatywnych konsekwencjach niewyrażenia zgody dla mojego zdrowia i życia.

.....
podpis odbierającego zgodę

.....
czytelny podpis pacjenta (opiekuna prawnego)

Łomża, dnia

¹ Właściwe podkreślić.