SIGMA MEDIC
CENTRUM MEDYCZNE

ZGODA NA ZABIEG CHIRURGICZNY

DANE PACJENTA:

IMIĘ I NAZWISKO……

PESEL ……

Ja niżej podpisany wyrażam zgodę i upoważniam:……

do wykonania u mnie/mojego podopiecznego zabiegu ……

(Nazwa zabiegu)

1. Poinformowano mnie o charakterze proponowanego zabiegu, o alternatywnych sposobach postępowania oraz o ryzyku proponowanego leczenia operacyjnego i możliwych jego powikłaniach. Informacje te zostały mi przedstawione jasno i w sposób przystępny , w związku z czym świadomie podpisuję niniejszą zgodę.
2. Zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie sposobu zabiegu w niezbędnym zakresie zgodnie z zasadami wiedzy medycznej, jeśli taka konieczność wyniknie w związku z sytuacjami dotąd nieznanymi i nieprzewidzianymi, które wymieniony wyżej lekarz uzna za niezbędne lub wskazane w czasie zabiegu.
3. Wyrażam zgodę na znieczulenie uznane za konieczne lub wskazane przez lekarza leczącego, anestezjologa lub inną osobę działającą pod kierunkiem lekarza.
4. Wyrażam zgodę na poddanie badaniom histopatologicznym wszelkich tkanek lub części ciała usuniętych podczas zabiegu.
5. Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia. Przed rozpoczęciem zabiegu udzieliłam(-em) pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego odnośnie: mojego ogólnego stanu zdrowia, wszelkiego typu alergii i uczuleń, trwającej terapii chorób przewlekłych, istnienia /braku ciąży, przyjmowanych leków, przebytych zabiegów, przebytych urazów. Wiadomym mi jest , że zatajanie którejkolwiek z wymienionych informacji może spowodować powstanie dodatkowego lub podwyższonego ryzyka zabiegu oraz traktowane jest jako moje przyczynienie do powstania ewentualnej szkody (między innymi w postaci rozstroju zdrowia, uszkodzenia ciała lub negatywnego efektu zabiegu), za którą lekarz nie ponosi odpowiedzialności. O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego. Wyrażam zgodę na wykonanie badań diagnostycznych i sporządzenie dokumentacji radiologicznej i fotograficznej.
6. Rozumiem i przyjmuję do wiadomości, że przez cały okres leczenia spoczywa na mnie odpowiedzialność za przestrzeganie wskazań i instrukcji lekarza prowadzącego.
7. Przyjmuję do wiadomości, że nie można udzielić gwarancji, ani nie ma pewności co do rezultatów, jakie zostaną uzyskane w wyniku proponowanego leczenia zabiegowego. Lekarz poinformował mnie również o tym, że efekty zabiegu nie są identyczne w przypadku każdego pacjenta. Uzyskałam(-em) wyczerpujące informacje na temat dających się osiągnąć efektów leczniczych w moim przypadku.
8. Oświadczam, że przebyłem(-am)/mój podopieczny przebył wymagany cykl szczepień przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby (WZW), a w przypadku braku szczepień jestem świadomy(-a) ryzyka zakażenia wirusem WZW i przyjmuje je na siebie.
9. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przeniesienie mnie do właściwego oddziału stacjonarnego zgodnie z decyzja lekarza operującego lub lekarza anestezjologa, jeżeli wymagałby tego mój stan zdrowia.
10. Stwierdzam, że uzyskałem(-am) wyczerpującej odpowiedzi na wszystkie pytania i proszę o wykonanie proponowanego zabiegu.
11. Oświadczam, że zostałem(-am) poinformowany (-a) o prawach pacjenta, w szczególności wynikających z ustawy o ochronie prawach pacjentów i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Ewentualne uwagi:……

……

PROSIMY O PODPISANIE TYLKO, GDY ROZUMIEJĄ PAŃSTWO W PEŁNI TREŚĆ FORMULARZA

DATA:……

…… ……

PODPIS PACJENTA/OPIEKUNA PRAWNEGO: PIECZĄTKA I PODPIS LEKARZA: