

Warszawa, _____, _____
Data i godzina

ZGODA PACJENTA NA ZABIEG CHIRURGICZNY

Pacjent(ka)
(imię i nazwisko) _____ PESEL _____

Oświadczam, że zostałem(łam) poinformowany o przeciwwskazaniach do rozpoczęcia leczenia, sposobie przeprowadzenia terapii/zabiegu, o najczęściej występujących następstwach i możliwych powikłaniach, a także o „długoterminowych” skutkach wdrożonego leczenia/wykonanego zabiegu. Zostałem(łam) również poinformowany o następstwach i powikłaniach rzadkich, których nie można wykluczyć.

Zgodnie z Ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentysty z 5.12.1996 r., (tj. DzU 2008 r., nr 136, poz. 857), lekarz ma obowiązek poinformować pacjenta o dających się przewidzieć następstwach i powikłaniach planowanych czynności medycznych. W związku z powyższym oświadczam, że wystąpienie negatywnych następstw i powikłań, których występowanie jest incydentalne i których nie da się przewidzieć w świetle aktualnej wiedzy medycznej nie będzie z mojej strony przedmiotem roszczeń z tytułu niewłaściwego wykonania badania.

Ponadto przed rozpoczęciem leczenia udzieliłem(łam) pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał w trakcie wywiadu lekarskiego odnośnie stanu zdrowia, przyjmowanych leków, oraz przebytych urazów i zabiegów.

Informacja przekazana przez lekarza przed przystąpieniem do leczenia była dla mnie w pełni jasna i zrozumiała. W trakcie rozmowy z lekarzem miałem(łam) możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego leczenia.

Niniejszym oświadczam, że zapoznałem(łam) się z powyższym tekstem i wyrażam świadomą zgodę na rozpoczęcie leczenia/wykonanie zabiegu chirurgicznego/czynności diagnostycznych podwyższonego ryzyka, tj.:

nazwa/opis proponowanego zabiegu

podpis Lekarza

podpis Pacjenta