ŚWIADOMA ZGODA NA ZABIEG

Imię i nazwisko pacjenta: .....

PESEL: .....

Ja niżej podpisany wyrażam zgodę i upoważniam do wykonania u mnie/ mojego podopiecznego zabiegu:

.....
(określić rodzaj zabiegu)

Zostałem (-am) poinformowany (-a) o proponowanym sposobie leczenia, charakterze wyżej wymienionego zabiegu, w szczególności o możliwych przewidywalnych powikłaniach, oraz innych okolicznościach, które mogą wystąpić przed, w trakcie i po zabiegu, o odległych skutkach proponowanego leczenia, o skutkach odmowy wyrażenia niniejszej zgody i niepodjęcia proponowanego leczenia czy diagnostyki oraz o oczekiwanych korzyściach, jak również braku uzyskania pełnej gwarancji i pewności co do rezultatów, jakie mają zostać osiągnięte w wyniku udzielania świadczenia zdrowotnego – efekty zabiegu nie są identyczne w przypadku każdego pacjenta.

Powyższe informacje zostały mi przedstawione w sposób zrozumiały i wyczerpujący - w związku z czym świadomie podpisuję niniejszą zgodę.

....
Data i podpis pacjenta Pieczątka i podpis lekarza

.....
Dane przedstawiciela ustawowego (Imię, nazwisko, nr i seria dokumentu tożsamości)

.....
Podpis przedstawiciela ustawowego/opiekuna faktycznego*

* Wymagane jeżeli pacjent jest małoletni, niezdolny do świadomego wyrażenia zgody lub ubezwłasnowolniony całkowicie. W przypadku kiedy pacjent małoletni ukończył 16 lat oraz pacjent ubezwłasnowolniony jest w stanie z rozeznaniem wypowiedzieć opinię w sprawie badania, wymagana jest także jego zgoda – art. 32 Ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty.

Js-Bd-13 Druk: **IMPACT** Mysłowice, tel./fax: (32) 762 94 23