ODDZIAŁ OTOLARYNGOLOGICZNY
Numer księgi rejestrowej: 000000021693
Kod resortowy (V-VII-VIII) 05-038-4610

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA OPERACJĘ

Informacje o osobach uprawnionych do wyrażenia zgody

Imię i nazwisko Pacjenta .....

PESEL/Data urodzenia Pacjenta* .....

Imię i nazwisko Przedstawiciela ustawowego* .....

Rozpoznanie .....

.....

Proponowany zabieg .....

.....

Stwierdzam, że przedstawiłem Pacjentowi/Przedstawicielowi ustawowemu* planowany sposób leczenia operacyjnego oraz poinformowałam o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub w wyniku operacji.

Podpis Lekarza operującego .....

Oświadczenie Pacjenta/Przedstawiciela ustawowego*:

Oświadczam, że:

- Zapoznałem/am się ze szczegółowym opisem leczenia operacyjnego, jego celowością i oczekiwanym wynikiem oraz potencjalnymi zagrożeniami mogącymi wystąpić wskutek ww. leczenia i zgadzam się na proponowane leczenie operacyjne.
- Zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie sposobu operacji w niezbędnym zakresie zgodnie z zasadami wiedzy medycznej, jeśli będzie tego wymagała sytuacja powstała w wyniku procesu terapeutycznego.
- Zgadzam się na operację w znieczuleniu ogólnym.
- Wyrażam, zgodę na inne procedury medyczne, które mogą być konieczne w trakcie wykonania diagnostyki, leczenia, przygotowania do operacji, w trackie jej wykonania oraz w okresie pooperacyjnym.
- Zostałem/am poinformowany/a o najczęściej występujących następstwach i możliwych powikłaniach, a także o długoterminowych skutkach leczenia operacyjnego.
- Zostałem/am również poinformowany/a o możliwości wystąpienia innych powikłań, których nie da się przewidzieć oraz o możliwości pogorszenia stanu zdrowia i zgonu. Ponadto przedstawiono mi zagrożenia i konsekwencje związane z proponowanym świadczeniem zdrowotnym. Wyjaśniono mi również następstwa i rokowanie związane z niewyrażeniem zgody na proponowane postepowanie.

* niepotrzebne skreślić

- Oświadczam, że przed rozpoczęciem leczenia udzieliłem/am pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania odnośnie stanu zdrowia, przyjmowanych leków oraz przebytych urazów i zabiegów. Informacja przekazana przez Lekarza przed przystąpieniem do leczenia była dla mnie w pełni zrozumiała.
- Zgadzam się na przeniesienie mnie/mojego Dziecka* do właściwego oddziału stacjonarnego zgodnie z decyzją Lekarza operującego lub Lekarza anestezjologa, jeżeli wymagałby tego mój stan zdrowia/ stan zdrowia mojego Dziecka*.
- Wiem, że w trakcie planowanego zabiegu operacyjnego lub w okresie pooperacyjnym może być konieczne przetaczanie krwi lub preparatów krwiopochodnych, wiem o związanym z tym ryzyku i ewentualnych powikłaniach przetoczenia.
- Miałem/am możliwość zadawania pytań dotyczących planowanej operacji i otrzymałem/am na nie odpowiedź.
- Zapoznałem się z Kartą Praw Pacjenta oraz Regulaminem Oddziału.
- Wyrażam zgodę na przyjęcie na oddział w Medicus Clinic.
- Wyrażam zgodę na wykonanie stosownej dokumentacji związanej z zabiegiem, jak również na monitoring, filmowanie i utrwalanie przebiegu zabiegu za pomocą środków utrwalających obraz i dźwięk dla celów medycznych, naukowych lub edukacyjnych, z zastrzeżeniem, iż moja tożsamość/ tożsamość mojego Dziecka* nie zostanie ujawniona.
- Stwierdzam, że powyższe informacje są dla mnie zrozumiałe.
- Ninejszym oświadczam, że zapoznałem/am się z powyższym tekstem i wyrażam świadomą zgodę na udzielenie wymienionego wyżej świadczenia zdrowotnego. Przyjmuję do wiadomości, że każdy zabieg operacyjny, znieczulenie, podawanie krwi lub preparatów krwiopochodnych, pociąga za sobą ryzyko powikłań (w tym poważnych, a nawet prowadzących do śmierci), które mogą wystąpić nawet przy zachowaniu najwyższych standardów w zakresie wiedzy, umiejętności i opieki medycznej.

.....
Data

.....
podpis Przedstawiciela ustawowego 1*

.....
podpis Przedstawiciela ustawowego 2*

Przedstawiciel ustawowy małoletniego oświadczył, iż drugi z przedstawicieli ustawowych wyraża zgodę na zabieg operacyjny.

.....
podpis Przedstawiciela ustawowego 1*

.....
podpis Pacjenta (powyżej 16 roku życia)

Ewentualne uwagi Pacjenta/Przedstawiciela ustawowego*:

.....

.....

.....

* niepotrzebne skreślić

Wyrażam dobrowolnie zgodę na przeprowadzenie proponowanej operacji

Miejscowość, data .....

Imię i nazwisko Pacjenta .....

Podpis Pacjenta/Przedstawiciela ustawowego*.....

Pieczątka i podpis Lekarza .....

Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie proponowanej operacji

Miejscowość, data .....

Imię i nazwisko Pacjenta .....

Podpis Pacjenta/Przedstawiciela ustawowego*.....

(Uzasadnienie przez Pacjenta/Przedstawiciela ustawowego* odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie proponowanego zabiegu)

.....

.....

.....

* niepotrzebne skreślić