

Rzeszów, dnia

OŚWIADCZENIE PACJENTA

ŚWIADOMA ZGODA NA OPERACJĘ / ZABIEG W WARUNKACH AMBULATORYJNYCH

Nazwisko i Imię :

Data urodzenia :

Adres :

Nr. ks gł lub .poradni :

Rozpoznanie :

Proponowany zabieg :

Stwierdzam, że przedstawiłem pacjentowi planowany sposób leczenia operacyjnego oraz poinformowałem o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub w wyniku operacji.

Podpis lekarza operującego:

Oświadczenie pacjenta:

Oświadczam, że:

- Zapoznałem/-am się ze szczegółowym opisem leczenia operacyjnego, jego celowością i oczekiwanym wynikiem oraz potencjalnymi zagrożeniami mogącymi wystąpić w wyniku w/w leczenia i zgadzam się na proponowane leczenie operacyjne
- Zgadzam się na operację w znieczuleniu ogólnym/przewodowym w trybie jednodniowym
- 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 przeniesienie mnie do właściwego oddziału stacjonarnego zgodnie z decyzją lekarza operującego lub lekarza anestezjologa, jeżeli wymagałby tego mój stan zdrowia.
- Stwierdzam, że uzyskałem/ -am wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania i proszę o wykonanie proponowanej operacji.

Ewentualne uwagi pacjenta:

data :

podpis pacjenta:

podpis i pieczęć lekarza :