

Miałem/-am możliwość zadawania pytań, w szczególności dotyczących proponowanego leczenia, na które otrzymałem/-am wyczerpujące i zrozumiałe dla mnie odpowiedzi. TAK NIE

Zgadzam się na wykonanie podczas zabiegu/ badania** dokumentacji fotograficznej/ video pola operacyjnego przez aparaturę medyczną lub dedykowane do tego celu urządzenia w celach dydaktycznych i naukowych z zastrzeżeniem, że na podstawie tej dokumentacji osoby postronne nie będą mogły ustalić mojej tożsamości. TAK NIE

Oświadczam ponadto, że:

1. Udzieliłem/ -am pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego, nie zataiłem/am żadnych istotnych informacji o moim stanie zdrowia, w tym informacji o chorobach przewlekłych, przebiegu dotychczasowego leczenia i przyjmowanych lekach.
2. Zostałem/-am szczegółowo i w zrozumiały sposób poinformowany/-a o celowości i istocie zabiegu/badania**, znieczuleniu oraz potencjalnych zagrożeniach będących następstwem zabiegu/badania**.
3. Uzyskałem/-am i zrozumiałem/-am informacje dotyczące zabiegu/badania**, znieczulenia oraz przygotowania do zabiegu/badania** i stwierdzam, że zapoznałem/-am się ze szczegółowym opisem zabiegu/badania**, jego celowością i oczekiwanym wynikiem oraz potencjalnymi zagrożeniami mogącymi wystąpić w wyniku w/w zabiegu/badania** i zgadzam się na proponowane leczenie.
4. Decyzję o wyborze premedykacji – znieczulenia, pozostawiam anestezjologowi i operatorowi lub wykonującemu badanie.
5. Zostałem/-am również zapoznany/-a z ewentualnymi powikłaniami mogącymi wystąpić w poszczególnych sposobach i metodach znieczulenia – premedykacji.
6. Upoważniam Ordynatora/Kierownika Oddziału/Kierownika dyżuru, do ustalenia składu zespołu zabiegowego, a operatora do wyboru sposobu zabiegu, który uzna za najlepszy.
7. Zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie sposobu zabiegu w niezbędnym zakresie zgodnie z zasadami wiedzy medycznej, jeśli będzie tego wymagała sytuacja powstała w wyniku procesu terapeutycznego.
8. Zgadzam się na przeniesienie do właściwego oddziału stacjonarnego, zgodnie z decyzją lekarza operującego lub lekarza anestezjologa, jeżeli wymagałby tego mój stan zdrowia.
9. Podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłem/-łam istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia, badań, oraz przebytych chorób i operacji.
10. Poinformowano mnie o możliwości złożenia w/w oświadczeń za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta.
11. Udzielono mi wyczerpujących odpowiedzi na wszystkie pytania i proszę o wykonanie proponowanej procedury

oraz

Wyrażam świadomą zgodę na zaproponowany zabieg/ badanie.**

Nie wyrażam zgody na zaproponowany zabieg/ badanie, pomimo poinformowania mnie o możliwych skutkach niepodjęcia leczenia w chwili obecnej oraz o skutkach zwłoki w jego podjęciu.**

✓ Łódź, dnia
*czytelny podpis pacjenta***/ przedstawiciela ustawowego****

Legenda:

* W przypadku gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała. Lekarz ma obowiązek (o ile jest to możliwe) zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

wstaw znak „X” we właściwym miejscu.

**..... - niepotrzebne skreślić linią poziomą.

*** Jeżeli pacjent ukończył 16 lat a nie ukończył 18 należy uzyskać zgodę kumulatywną (podwójną) tj. od pacjenta i jego przedstawiciela ustawowego. W przypadku zabiegu operacyjnego, zastosowania metody leczenia lub diagnostyki o podwyższonym ryzyku dla zdrowia lub życia małoletniego pacjenta uzasadniona jest zgoda przedstawicieli ustawowych (matka + ojciec).