

Zgoda pacjenta

Ja niżej podpisana/y potwierdzam, że zostałam/zostałem dokładnie poinformowany o planowanej operacji i o ewentualnej konieczności jej rozszerzenia w rozmowie wyjaśniającej z lekarzem

.....,
zrozumiałam/em i akceptuję wystąpienie możliwych powikłań połączonych z przeprowadzeniem operacji.

Zarówno producent, dystrybutor jak i zespół lekarski nie jest odpowiedzialny za wystąpienie ewentualnych powikłań.

Potwierdzam, że zapoznałem się z wykazem zaleceń pooperacyjnych i jestem w pełni świadom(a) konieczności ich przestrzegania. Mogłam/mogłem zapytać o wszystko, co jest dla mnie ważne – rodzaj i znaczenie zabiegu, ryzyko w moim przypadku i możliwe powikłania, jak i o ewentualne zabiegi dodatkowe, których przeprowadzenie może być konieczne (np. transfuzja krwi) i ryzyko z nimi związane. Jestem świadoma/my braku gwarancji całkowitego powodzenia leczenia.

Nie mam dalszych pytań, udzielono mi wyczerpujących wyjaśnień i niniejszym wyrażam po namyśle świadomą zgodę na planowaną operację.

Zgadzam się na ewentualne zabiegi dodatkowe.

Moja zgoda dotyczy również transfuzji krwi, jeśli zaistnieje taka konieczność.

Potwierdzam, że zrozumiałam/em wykaz zaleceń pooperacyjnych, zapoznałam/em się z nim i jestem w pełni świadom/a konieczności ich przestrzegania.

Nazwisko i imię:

Adres:

Data:

Podpis

Oświadczam, że nie jestem w ciąży:

Data: Podpis pacjentki: