

## Zgoda pacjenta

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

.....  
Zrozumiałam/em i akceptuję wystąpienie możliwych powikłań połączonych z przeprowadzeniem operacji rękawowej resekcji żołądka. Potwierdzam, że zapoznałem/łam się z wykazem zaleceń pooperacyjnych i jestem w pełni świadomy/a konieczności ich przestrzegania. Mogłem/mogłam 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 świadomy/ma 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 zrozumiałem/łam wykaz zaleceń pooperacyjnych, zapoznałem/łam się z nim i jestem w pełni świadomy/a konieczności ich przestrzegania.

Nazwisko i imię: .....

Adres: .....

Data: .....

Podpis .....

Oświadczam, że nie jestem w ciąży:

Data: ..... Podpis pacjentki .....

Proszę opisać dlaczego Pani/Pan zdecydował/a się na leczenie operacyjne otyłości.