

ZGODA NA ZABIEG MEDYCZNY

Nazwa zabiegu medycznego:

Data zabiegu medycznego:

Imię i nazwisko pacjenta / pacjentki:
Telefon:

Adres zamieszkania pacjenta / pacjentki:

PESEL (lub data urodzenia) pacjenta / pacjentki:

Zabieg medyczny polega na (wypełnia lekarz)

.....(podpis lekarza wykonującego zabieg)

Pacjent / pacjentka wypełnia własnoręcznie :

Jestem w ciąży (podać w którym tygodniu) / nie jestem w ciąży

Karmię piersią / nie karmię piersią

Jestem w trakcie miesiączki (proszę wskazać, który to dzień / nie jestem w trakcie miesiączki):

Mam tendencje do złego gojenia ran lub /i bliznowców / nie mam tendencji do złego gojenia ran lub /i bliznowców :

Przyjmuję leki zmniejszające krzepliwość krwi (podać od kiedy w jakich dawkach i jakie konkretnie leki wśród wskazanych enumeratywnie: Aspiryna, Acard, Polocard, Acenokumarol, Warfin, Areplex, Zylt, Plavix, Aclotin, Plavocorin, Clopidix, Clexane, Fraxiparine, Fraxodi lub inne leki podać nazwę) / nie przyjmuję leków zmniejszających krzepliwość krwi .

Jestem uczulony/a na leki (wskazać na jakie i jaka jest reakcja alergiczna organizmu w przypadku podania) / nie jestem uczulony/a na żadne leki

Jestem uczulony/a na pokarmy np. białko (wskazać na jakie i jaka jest reakcja alergiczna organizmu w przypadku podania)

Proszę wymienić przebyte dotychczas choroby przewlekłe:

Proszę wskazać czy aktualnie choruje na przewlekłe choroby (jeśli tak, to od kiedy i na jakie należy wymienić) / aktualnie nie choruje na choroby przewlekłe

Proszę wskazać przebyte operacje i zabiegi, z szczególnym uwzględnieniem ewentualnych powikłań:

Proszę wskazać aktualny stan zdrowia (dobry, zły, średni):

Oświadczam, że podane wyżej dane są zgodne ze stanem mojego aktualnego zdrowia i przebytymi chorobami.

.....(data , czytelnie imię i nazwisko)

Oświadczam, iż zostałam (em) poinformowana (ny) o :

• konieczności powtórnego powtórzenia zabiegu w przypadku braku oczekiwanego rezultatu

• mogących wystąpić efektach ubocznych, powikłaniach i działaniach niepożądanych związanych z w/w zabiegiem (zaczerwienienie, obrzęk , ból, tkliwość w miejscu zabiegu, przebarwienie, zasinienie, blizna, odczyny zapalne, owrzodzenie, krwihak, zakrzep, zator, nadmierna reakcja bólowa powiązana z niepokojem, lękiem, wstrząsem, strachem przed kolejnymi zabiegami, wyczuwalne grudki i guzki, powstanie guzów i guzków zapalnych, porażenie nerwów czuciowych w miejscach zastrzyków, niezwykle rzadko może dojść do martwicy skóry i pozostawienia blizny), które mogą wymagać wielomiesięcznego leczenia

• konieczności niezwłocznego skontaktowania się z lekarzem wykonującym zabieg w przypadku wystąpienia w/ w efektów ubocznych, powikłań, działań niepożądanych lub innych niepokojących objawów

..... (data, czytelnie imię i nazwisko)

• sposobie postępowania po zabiegu (wypełnia lekarz)

..... (podpis lekarza wykonującego zabieg)

Oświadczam, że zostałam (em) pouczona (ny) o treści art. 233 par. 1- 6 kodeksu karnego przed organem tj. odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia dotyczącego aktualnego stanu zdrowia i przebytych dotychczas chorób - " Kto składa fałszywe oświadczenie podlega karze pozbawienia wolności do lat 8 "

..... (data, czytelnie imię i nazwisko)

Ponadto oświadczam, iż w przypadku zatajenia lub podania nieprawdziwych danych dotyczących aktualnego stanu zdrowia i przebytych chorób lekarz wykonujący zabieg i placówka zatrudniająca go nie ponoszą odpowiedzialności (karnej ani cywilnej) za negatywne skutki zabiegu jak – efekty uboczne, działania niepożądane, powikłania będące następstwem utajnienia lub podania nieprawdziwych bądź niepełnych danych i nie będę wnosić żadnych roszczeń odszkodowawczych, ani wobec lekarza wykonującego zabieg , ani wobec placówki medycznej.

..... (data, czytelnie imię i nazwisko)

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody na wykonanie zdjęć fotograficznych mojego przypadku do celów dokumentacyjnych i naukowych, a także na publikację w literaturze fachowej pod warunkiem spełnienia wymogu nierozpoznawalności mojej osoby.

..... (data, czytelnie imię i nazwisko)

Oświadczam, iż po zapoznaniu się z w/w wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody (podkreślić właściwe).

..... (data, czytelnie imię i nazwisko)

