OŚWIADCZENIE LEKARZA

Nr Księgi Głównej Pacjenta ..... PESEL pacjenta .....

Nazwisko i imię ..... Data Urodzenia .....

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

.....
(podpis i pieczątka lekarza)

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Świadoma zgoda na diagnostykę i leczenie operacyjne

Oświadczam, że:

- Zostałem(am) w sposób zrozumiały poinformowany(poinformowana) o charakterze mojej choroby oraz o konieczności wykonania niezbędnych badań diagnostycznych, ich możliwych powikłań i wyrażam na nie zgodę.
- Zapoznałem(am) się z opisem leczenia operacyjnego, jego celowością i oczekiwanym wynikiem oraz zagrożeniami mogącymi wystąpić w wyniku ww leczenia i zgadzam się na proponowane leczenie operacyjne.
- Zgadzam się na operację w znieczuleniu ogólnym / przewodowym / miejscowym.
- Zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie sposobu diagnostyki i operacji w niezbędnym zakresie, jeżeli sytuacja będzie tego wymagała, zgodnie z zasadami wiedzy medycznej.
- Stwierdzam, że uzyskałem(am) wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania i proszę o wykonanie proponowanej operacji, zabiegu, badania diagnostycznego i leczenia:

.....

.....

.....

- Zobowiązuje się do zapoznania z Regulaminem szpitalnym w trakcie hospitalizacji.
- Wyrażam zgodę na wykorzystywanie mojej dokumentacji medycznej (bez danych osobowych) do celów naukowych Tak Nie
- Wyrażam zgodę na samodzielny powrót syna / córki do domu Tak Nie

Ewentualne uwagi pacjenta .....

Przyjmuję do wiadomości, że Szpital nie ponosi odpowiedzialności za pieniądze, rzeczy wartościowe i rzeczy osobiste, które zabieram ze sobą do szpitala.

.....
(data)

.....
(podpis pacjenta)

Druk: tel. 06 829 44 84 (85); fax 829 38 45 MEDyOpis 077