ZGODA NA ZABIEG MEDYCZNY

Ja.....niżej podpisana(y)

urodzona(y).....

zamieszkała(y).....

Tel.....

po przeprowadzeniu rozmowy wyjaśniającej o istocie planowanego zabiegu i uprzedzona(y) o możliwych powikłaniach śród- i pozabiegowych, wyrażam zgodę na zabieg

..... mojej osoby w dniu

..... polegający na niżej wymienionych procedurach:

.....

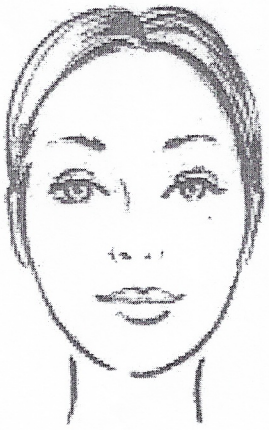
W trakcie rozmowy zadałam(em) wszelkie interesujące mnie pytania dotyczące zabiegu, jego zalet i wad, możliwych powikłań oraz przebiegu okresu pozabiegowego, a także innych możliwych metod. Otrzymane wyjaśnienia zrozumiałam(em). Zostałam(em) poinformowana(y), że proces leczenia odbywać się będzie zgodnie ze stanem aktualnej wiedzy medycznej i zasadami etyki lekarskiej.
Wyjaśnienia zrozumiałam(em) i innych pytań nie mam. Wiem, że medycyna nie jest wiedzą ścisłą, stąd mam świadomość istniejącego ryzyka, jak i tego, że wynik zabiegu nie może być w pełni przewidywalny ani gwarantowany. Jestem świadoma(y), że może być potrzebny dodatkowy zabieg po pierwszym zabiegu. Moja zgoda jest dobrowolna.
Oświadczam, że nie zataiłam(em) przed lekarzami żadnego faktu, który mógłby mieć wpływ na przebieg zabiegu i jego wynik.
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 przez nie wymogu nierozpoznawalności mojej osoby.
Oświadczam, że będę wykonywać wszystkie zalecenia medyczne zespołu leczącego i systematycznie zgłaszać się na wyznaczone wizyty kontrolne.

Zgłaszam następujące ograniczenia dotyczące postępowania medycznego.....

.....

Podpis pacjenta

.....

Data i podpis lekarza przeprowadzającego rozmowę wyjaśniającą

.....