

Świadoma zgoda na zabieg/czynność diagnostyczną podwyższonego ryzyka

Wyrażam zgodę na wykonanie zabiegu/czynności

diagnostycznej.....

Zostałam(-em) poinformowana(-y) o: alternatywnych metodach leczenia, sposobie przeprowadzenia planowanego zabiegu, typowych i nietypowych następstwach i powikłaniach planowanego zabiegu, a także o sposobie postępowania po wykonaniu zabiegu.

Przed wykonaniem zabiegu/czynności diagnostycznej, udzieliłem pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego odnośnie mojego stanu zdrowia, przyjmowanych leków, oraz przebytych zabiegów,

Informacja przekazana przez lekarza jest dla mnie w pełni jasna i zrozumiała. W trakcie rozmowy z lekarzem miałam(-em) możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego postępowania medycznego.

Oświadczam, że zapoznałam(-em) się z powyższym tekstem i wyrażam świadomą zgodę na wykonanie zabiegu/czynności diagnostycznej.

Data i podpis chorego

.....