

## ZGODA PACJENTA NA LECZENIE CHIRURGICZNE

Pacjent(ka) (imię i nazwisko).....

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Zgodnie z art. 32 – 35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jednolity Dz. U. z 2008 nr 136 poz. 857 z późniejszymi zmianami) oraz art. 16 -18 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 r. Nr 52 poz. 417 z późn. zm.) wyrażam zgodę na leczenie z zakresu chirurgii w tutejszej poradni.

Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia. O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego. Przyjmuję do wiadomości, że w/w są danymi poufnymi.

### Wyrażam zgodę na leczenie chirurgiczne

#### Zostałem(am) poinformowany(a):

1. technice zabiegu i szczegółowo zaznajomiony (-a) z całym przebiegiem proponowanego leczenia, a także o tym, że zabieg wykonywany będzie w znieczuleniu miejscowym,
2. ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań ( w trakcie lub po zabiegu), takich jak: obrzęk, krwawienie, stany zapalne, utrudnione gojenie się rany operacyjnej. O tym, że w przypadku niedostatecznego utrzymywania higieny, może dojść do stanu zapalnego tkanek i w konsekwencji do konieczności dodatkowego leczenia i zabiegów operacyjnych.
3. niekorzystnym wpływie palenia tytoniu na ostateczny wynik gojenia rany.
4. wskazaniach odnośnie postępowania po zabiegu, a w szczególności o:
  - a) zakazie podejmowania większego wysiłku fizycznego
  - b) zakazie prowadzenia pojazdów mechanicznych przez 12 godzin po zabiegu
  - c) zakazie picia alkoholu i palenia tytoniu po zabiegu
  - d) konieczności przyjmowania przez pacjenta przepisanego leku
  - e) konieczności usunięcia szwów chirurgicznych
  - f) wizytach kontrolnych, na które pacjent musi się zgłaszać w wyznaczonych przez lekarza terminach
  - g) konieczności ścisłego przestrzegania zaleceń dotyczących higieny
5. kosztach leczenia, które akceptuję (z wyłączeniem świadczeń w ramach NFZ)

Powyższe zasady przeczytałem/-am i zrozumiałem/-am, uzyskałem/-am również wszelkie wyjaśnienia dotyczące leczenia w moim przypadku. Zostałem/-am poinformowany/-a o alternatywnych możliwościach leczenia, z zaniechaniem leczenia włącznie. Zostałem/-am poinformowany/-a o ryzyku towarzyszącym innym metodom leczenia i konsekwencjach wynikających z zaniechania leczenia. Ponadto, zabieg chirurgiczny jest wykonywany w celu usunięcia konkretnego problemu i może nie wyeliminować innych ukrytych problemów. Zrozumiałem/am wyjaśnienia lekarza, czuję się wystarczająco poinformowany/a, nie mam więcej pytań i po wystarczającym czasie do namysłu wyrażam zgodę na planowany zabieg. Wiem, że mogę odwołać zgodę na leczenie.

Szczepienie WZW typ B: [ ] TAK [ ] NIE

Jeżeli tak - podać daty szczepienia.....

Miejscowość.....

Data i godzina.....

.....  
podpis pacjenta(ki)/opiekuna prawnego

.....  
podpis lekarza