

ZGODA PACJENTA NA ZABIEG

zabiegi ambulatoryjne — chirurgia, proktologia, poradnie specjalistyczne

Poradnia: ☐ chirurgii ogólnej ☐ proktologiczna ☐ inna:

Świadczenie: ☐ finansowane przez NFZ ☐ odpłatne

1. DANE PACJENTA

Imię i nazwisko..... PESEL (lub data urodzenia).....

Przedstawiciel ustawowy..... ☐ rodzic ☐ opiekun prawny

Przedstawiciela wpisuje się, gdy pacjent nie ukończył 18 lat lub jest całkowicie ubezwłasnowolniony.

2. INFORMACJA O ZABIEGU wypełnia lekarz i omawia z pacjentem

Rozpoznanie / wskazanie.....

Zabieg i jego cel.....

.....

Strona ciała: ☐ prawa ☐ lewa ☐ obie ☐ nie dotyczy

Znieczulenie: ☐ miejscowe ☐ powierzchniowe (żel, aerozol) ☐ przewodowe ☐ bez znieczulenia

Możliwe powikłania. Każdy zabieg, także niewielki, niesie ryzyko. Najczęściej są to:

- ból i obrzęk w okolicy zabiegu;
- krwawienie lub krwiak, niekiedy wymagające ponownego opatrzenia rany;
- zakażenie rany, opóźnione gojenie lub rozejście się brzegów rany;
- blizna, także przerosła, lub przebarwienie skóry;
- przejściowe, rzadko trwałe zaburzenia czucia w okolicy rany;
- reakcja na lek znieczulający lub środek odkażający — od zasnęnięcia do reakcji uczuleniowej;
- nawrót zmiany lub potrzeba ponownego zabiegu, np. po wyniku badania histopatologicznego.

Ryzyko zaburzeń gojenia zwiększają palenie tytoniu, cukrzyca i nieprzestrzeganie zaleceń po zabiegu.

Powikłania szczególne dla tego zabiegu.....

.....

Inne możliwe metody leczenia i skutki rezygnacji z zabiegu.....

.....

Badanie histopatologiczne pobranej tkanki: ☐ tak ☐ nie dotyczy

Cena (świadczenie odpłatne):..... zł ☐ z badaniem histopatologicznym ☐ bez badania

Podstawa prawna: art. 31–35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty; art. 9 i 15–19 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. **Ochrona danych:** dane przetwarzamy w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i prowadzenia dokumentacji medycznej (art. 9 ust. 2 lit. h RODO); pełna informacja — w rejestracji i na www.nzoz-zdrowie.pl; IOD: iod@nzoz-zdrowie.pl.

3. WYWIAD wypełnia pacjent — można to zrobić w domu, przed wizytą

Lp.	Pytanie	Tak	Nie
1	Czy przyjmuje Pan/Pani leki przeciwkrzepliwe lub przeciwplatekcyjne (np. acenokumarol, warfaryna, rywaroksaban, apiksaban, dabigatran, kwas acetylosalicylowy, kłopotogrel, tikagrelor, heparyna w zastrzykach)? jakie i w jakiej dawce:.....	☐	☐
2	Czy ma Pan/Pani skłonność do krwawień lub siniaków, np. długie krwawienie po wyrwaniu zęba lub skaleczeniu?	☐	☐
3	Czy jest Pan/Pani uczulony(-a) na leki, leki znieczulające, środki odkażające (np. jodyna, chlorheksydyna), lateks lub plastry? na co:.....	☐	☐
4	Czy ma Pan/Pani wszczepiony stymulator serca (rozrusznik), kardiowerter-defibrylator lub inne urządzenie elektroniczne?	☐	☐
5	Czy choruje Pan/Pani na cukrzycę?	☐	☐
6	Czy choruje Pan/Pani na choroby serca, nadciśnienie tętnicze, choroby płuc, padaczkę albo zdarzają się Panu/Pani omdlenia? jakie:.....	☐	☐
7	Czy choruje Pan/Pani na chorobę zakaźną przenoszoną przez krew (np. wirusowe zapalenie wątroby typu B lub C, HIV)?	☐	☐
8	Czy był(a) Pan/Pani szczepiony(-a) przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B? rok ostatniej dawki (jeśli pamięta):.....	☐	☐
9	Pytanie do Pań: czy jest Pani w ciąży lub karmi piersią?	☐	☐

Inne choroby, stale przyjmowane leki, przebyte operacje.....

Oświadczam, że moje odpowiedzi są pełne i prawdziwe. Jeżeli przed zabiegiem mój stan zdrowia się zmieni (np. infekcja, gorączka, nowy lek), poinformuję o tym lekarza.

4. ZGODA PACJENTA

Oświadczam, że:

- 1) lekarz przekazał mi w zrozumiały sposób informacje z części 2 — o rozpoznaniu, zabiegu i jego celu, możliwych powikłaniach, innych metodach leczenia i skutkach rezygnacji z zabiegu; mogłem(-am) zadać pytania i miałem(-am) czas na podjęcie decyzji;
- 2) wiem, że gdy w trakcie zabiegu okaże się konieczna zmiana jego zakresu, lekarz zapyta mnie o zgodę; bez niej może to zrobić tylko w razie zagrożenia życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, gdy zgody nie da się niezwłocznie uzyskać;
- 3) wiem, że mogę cofnąć zgodę w każdej chwili;
- 4) przy świadczeniu odpłatnym — znam i akceptuję cenę podaną w części 2.

Wyrażam zgodę na wykonanie zabiegu opisanego w części 2, w znieczuleniu tam wskazanym.

Zgoda na zdjęcia okolicy zabiegu wyłącznie do dokumentacji medycznej (dobrowolna, bez publikacji): ☐ tak ☐ nie

.....
data i godzina

.....
czytelny podpis pacjenta

.....
podpis przedstawiciela
ustawowego

.....
podpis i pieczęć lekarza

Pacjent, który ukończył 16 lat, podpisuje zgodę razem z przedstawicielem ustawowym. Za pacjenta poniżej 16 lat zgodę wyraża przedstawiciel ustawowy, a lekarz wysłuchuje zdania pacjenta.

5. ODMOWA LUB COFNIĘCIE ZGODY wypełnić tylko w takim przypadku

☐ nie wyrażam zgody ☐ cofam wyrażoną zgodę — na zabieg opisany w części 2.

Lekarz poinformował mnie o możliwych następstwach tej decyzji dla mojego zdrowia.

.....
data i godzina

.....
podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego

.....
podpis i pieczęć lekarza