NOWE TECHNIKI MEDYCZNE
SZPITAL SPECJALISTYCZNY
IM. ŚWIĘTEJ RODZINY SP. Z O.O.

NOWE TECHNIKI MEDYCZNE
Szpital Specjalistyczny im. Świętej Rodziny Sp. z o.o.
ODDZIAŁ ORTOPEDII I TRAUMATOLOGII NARZĄDU RUCHU
Rudna Mała 600, 36-060 Głogów Młp.
Regon: 180022507, NIP: 5170119412
tel. 17 86 66 724 FAX: 17 86 66 703
000000152360-01-001-4580

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY PACJENTA / PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO* NA PRZEPROWADZENIE ZABIEGU OPERACYJNEGO

Imię i nazwisko pacjenta: .....

PESEL: ..... **Nr księgi głównej:** .....

Po szczegółowej analizie Pani/Pana schorzenia proponujemy następujący zabieg operacyjny:

.....

.....

.....

Pacjent został poinformowany w dn. ..... przez .....

(lekarza):

1. o alternatywnych metodach leczenia schorzenia

.....

PODPIS PACJENTA / PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO*

2. o dających się przewidzieć następstwach operacji
3. o możliwości wystąpienia powikłań w postaci:
    a. zakażenie
    b. uszkodzenie naczyń
    c. uszkodzenie nerwów
    d. powikłania zatorowo-zakrzepowe
    e. ostra niewydolność krążeniowo-oddechowa
    f. wtórne krwawienie lub krwiaki wymagające przetoczenia krwi
    g. konieczność powtórnej interwencji operacyjnej
    h. inne .....

    .....

4. o konieczności zmiany lub rozszerzenia procedury

W czasie wykonywania proponowanej procedury możemy stwierdzić istnienie szczególnych i trudnych do przewidzenia okoliczności, które mogą wymagać zmiany lub rozszerzenia wstępnie proponowanego zabiegu. Prosimy o wyrażenie zgody także i na tę okoliczność. Przy braku zgody procedura musiałaby zostać przerwana i ponownie później powtórzona, co stanowiłoby dodatkowe obciążenie dla zdrowia.

5. o ewentualnej konieczności odstąpienia od wykonania procedury

W czasie wykonywania procedury możemy stwierdzić istnienie szczególnych i trudnych do przewidzenia okoliczności, które mogą powodować, że ryzyko wykonania procedury przekroczy korzyści płynące z jej wykonania, wówczas procedura zostanie przerwana.

.....

PODPIS PACJENTA / PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO*

NOWE TECHNIKI MEDYCZNE
SZPITAL SPECJALISTYCZNY
IM. ŚWIĘTEJ RODZINY SP. Z O.O.

OŚWIADCZENIE PACJENTA / PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO*

Oświadczam, że podczas rozmowy z lekarzem mogłam/em zadawać pytania dotyczące sposobu przeprowadzenia operacji, alternatywnych metod leczenia, potencjalnych następstwach lub powikłaniach planowanego zabiegu. Zrozumiałam/em w pełni informacje podane przez lekarza.
Wyjaśniono mi wszelkie wątpliwości dotyczące planowanego zabiegu operacyjnego.
Nie mam żadnych dodatkowych pytań, czuję się dostatecznie poinformowana/y.

Bez zastrzeżeń **zgadzam się** na przeprowadzenie zabiegu operacyjnego oraz ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne, w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego rozstroju zdrowia.

.....	.....	.....
DATA	**PODPIS PACJENTA / PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO***	**PODPIS I PIECZĘĆ LEKARZA**

Nie zgadzam się na przeprowadzenie zabiegu operacyjnego, zostałam/em poinformowana/y o możliwych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

.....	.....	.....
DATA	**PODPIS PACJENTA / PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO***	**PODPIS I PIECZĘĆ LEKARZA**

Podpisanie zgody przez pacjenta **jest niemożliwe** z powodu:

.....

.....

.....

***** niepotrzebne skreślić
UWAGA: W PRZYPADKU UKOŃCZENIA PRZEZ PACJENTA 16 LAT, ZGODĘ PODPISUJĄ RÓWNOCZEŚNIE PACJENT I PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY.