

INFORMACJA DLA PACJENTA I FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA PROPONOWANE ŚWIADCZENIA MEDYCZNE

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL: Nr historii choroby:

Rozpoznanie:

Proponowane metody diagnostyczne:

.....

.....

Proponowane metody lecznicze:

.....

.....

.....

Alternatywne metody lecznicze:

.....

.....

.....

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Oświadczam, że zostałam/em w sposób wyczerpujący i w języku dla mnie zrozumiałym poinformowana/y o:

1. moim stanie zdrowia,
2. podejrzeniu rozpoznania lub rozpoznaniu,
3. proponowanych i możliwych metodach diagnostycznych,
4. proponowanych i możliwych metodach leczniczych,
5. dających się przewidzieć następstwach zastosowania lub zaniechania tych metod,
6. rodzaju i celu udzielanego świadczenia oraz innych alternatywnych metodach leczenia,
7. proponowanym znieczuleniu oraz ewentualnym ryzyku i powikłaniach znieczulenia,
8. mogącej zaistnieć konieczności podania krwi lub preparatów krwiopochodnych w trakcie udzielanego świadczenia medycznego oraz ryzyku i powikłaniach z tego tytułu,
9. typowych, najczęściej występujących powikłaniach udzielanego świadczenia,
10. rokowaniu co do wyleczenia.

- TAK NIE
 Oświadczam, że przed rozpoczęciem leczenia udzieliłam/em wyczerpujących i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które zadał lekarz w trakcie wywiadu lekarskiego odnośnie stanu zdrowia, stosowanych leków oraz przebytych chorobach.
- TAK NIE
 Ponadto, w trakcie przedmiotowej rozmowy, miałam/em możliwość zadania lekarzowi pytań dotyczących sposobu udzielenia niniejszego świadczenia, jego celowości, możliwych komplikacji, ryzyka powikłań, dalszego leczenia, zaś odpowiedzi były dla mnie zrozumiałe i udzielone w sposób wyczerpujący.
- TAK NIE
 Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, że każdy zabieg operacyjny, znieczulenie, podanie krwi lub preparatów krwiopochodnych, pociąga za sobą ryzyko powikłań, (w tym poważnych, a nawet śmierci), które mogą wystąpić nawet przy zachowaniu najwyższych standardów w zakresie wiedzy, umiejętności i opieki medycznej.
- TAK NIE
 Oświadczam, że mam pełną świadomość niemożności udzielenia mi gwarancji uniknięcia ryzyka i/lub powikłań mogących wyniknąć z udzielanego świadczenia, wykonania znieczulenia, podania krwi lub preparatów krwiopochodnych i użycia innych materiałów medycznych.
- TAK NIE
 Wyrażam zgodę na zmianę wstępnie proponowanego postępowania medycznego w zależności od aktualnych potrzeb.
- TAK NIE
 Oświadczam, że treść zgody została mi przystępnie i w sposób zrozumiały przedstawiona przed przystąpieniem do niniejszego świadczenia/zabiegu, a czas, który upłynął między przekazaniem treści informacji i zgody a wykonaniem niniejszego świadczenia/zabiegu był w pełni wystarczający, abym mogła/mógł w sposób w pełni dla mnie zrozumiały zapoznać się z jej treścią.
- TAK NIE
 Zgadzam się, aby w trakcie wykonywania zabiegu obecne były osoby niezbędne do udzielenia niniejszego świadczenia oraz inne osoby, których uczestnictwo w zabiegu ma cel ściśle edukacyjny i polegać będzie wyłącznie na obserwacji zabiegu i zaznajomieniu się z dokumentacją z nim związaną.
- TAK NIE
 Wyrażam zgodę na wykonanie zabiegu/operacji i przechowywanie niezbędnej dokumentacji medycznej w formie zdjęciowej i w formie zapisu elektronicznego przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Białymstoku.

.....
(data i czytelny podpis pacjenta)

Na podstawie art. 32-35 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz.U. z 2018 r. poz. 617) oraz art. 16-18 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2017 r. poz. 1318 z późn.zm)

Wyrażam świadomą zgodę na udzielenie świadczeń medycznych

.....
(data i czytelny podpis pacjenta)

.....
(data i podpis lekarza)

Nie wyrażam zgody na udzielenie świadczeń medycznych

.....
(data i czytelny podpis pacjenta)

.....
(data i podpis lekarza)

OŚWIADCZENIE KOMISYJNE

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu braku świadomości chorego, przy czym leczenie /operacja musi być wykonana ze wskazań życiowych

.....
.....

Komisja w składzie:

.....
(podpis lekarza)

.....
(podpis lekarza)

.....
(podpis lekarza)

Białystok, dnia

