H-T. CENTRUM MEDYCZNE

ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA

Oświadczam, że:

- ✓ zapoznałam/em się ze szczegółowym opisem planowanego badania/zabiegu/leczenia*, jego celowości, sposobu przeprowadzenia oraz opisem możliwych typowych i nietypowych następstw i powikłań;
- ✓ zgadzam się na zmianę lub poszerzenie postępowania diagnostycznego i terapeutycznego, w tym: pobieranie wycinków do badania histopatologicznego, usuwanie polipów, termiczne niszczenie zmian chorobowych oraz przeprowadzenie czynności koniecznych do ratowania mojego zdrowia i życia w przypadku wystąpienia okoliczności, których nie można było przewidzieć przed planowanym badaniem / zabiegiem*;
- ✓ w trakcie rozmowy z lekarzem miałam/em możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego postępowania medycznego;
- ✓ przed rozpoczęciem leczenia udzieliłam/em pełnych i prawdziwych informacji o stanie mojego zdrowia, przyjmowanych lekach oraz przebytych zabiegach (w tym zabiegach operacyjnych);
- ✓ zostałam/em poinformowana/a o zagrożeniu wynikającym z narażenia na promieniowanie jonizujące *[jeśli dotyczy]*;
- ✓ jestem / nie jestem w ciąży*[1];
- ✓ uzyskałam/em wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie zadane pytania, a informacja przekazana mi przez lekarza jest dla mnie w pełni jasna i zrozumiała;
- ✓ w okresie ostatnich 6 miesięcy:
  - korzystałam/em / nie korzystałam/em z zabiegów leczniczych / rehabilitacyjnych / stomatologicznych / kosmetycznych / fryzjerskich*;
  - przebywałam/em / nie przebywałam/em w szpitalu*;
- ✓ wyrażam zgodę na proponowane badanie/zabieg ...../sposób leczenia*.

_____

data, podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego

****

OŚWIADCZENIE O BRAKU ZGODY NA WYKONANIE BADANIA / ZABIEGU / PROPONOWANY SPOSÓB LECZENIA

Po uzyskaniu wyczerpującej informacji oświadczam, że nie wyrażam zgody na przeprowadzenie badania/zabiegu ...../proponowany sposób leczenia*.

Zostałam/em poinformowana/y o możliwych skutkach wynikających z mojej odmowy.

_____

data, podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego

****

OŚWIADCZENIE LEKARZA

Stwierdzam, że pacjentowi przedstawiono cele oraz sposób przeprowadzenia badania/zabiegu ..... oraz poinformowano go o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu przeprowadzonego zabiegu/badania oraz w okresie po zabiegu/badaniu (wczesnym i późnym). Omówiono przebieg zabiegu/badania, korzyści i zagrożenia wynikające z jego przeprowadzenia, a także zagrożenia wynikające z zaniechania zalecanego badania.

Badanie/zabieg będzie wymagać znieczulenia: dożylnego ogólnego, analgosedacji, miejscowego*.

_____

data, pieczątka, podpis lekarza

* Niepotrzebne skreślić

*[1] **Dotyczy kobiet. W przypadku kobiet w wieku rozrodczym oświadczenie może zostać złożone wyłącznie po uzyskaniu negatywnego testu ciążowego przeprowadzonego bezpośrednio przed planowanym zabiegiem.** Ciąża jest przeciwwskazaniem do zabiegu radiologicznego ze względu na niebezpieczeństwo uszkodzenia rozwoju dziecka, w przypadkach zagrożenia życia można wykonać badanie również u pacjentek w ciąży – podstawa prawna § 27 ust. 1 i 3 *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 roku w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej* (Dz.U. 2011 nr 51 poz. 265).

Administrator danych osobowych spełnił obowiązek informacyjny na stronie www w zakładce RODO.