

Zgoda pacjenta na procedury medyczne

Przeczytaj uważnie ten formularz. Pytaj, jeśli masz jakieś wątpliwości naszym zadaniem jest udzielenie Ci pomocy. Masz prawo zmienić zdanie w każdej chwili, nawet już po podpisaniu formularza.

Nazwisko i imię pacjenta.....

Pesel

Nr księgi

1. Nazwa proponowanego zabiegu/ badania

(należy dodać krótkie wyjaśnienie, jeżeli terminologia medyczna nie jest jasna)

.....

2. Dające się przewidzieć następstwa zabiegu badania

.....

3. Możliwość wystąpienia powikłań

Żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować pełnego sukcesu zastosowanego leczenia oraz całkowitego braku ryzyka związanego z zabiegiem operacyjnym badaniem inwazyjnym. Powikłania związane z proponowanym zabiegiem mogą między innymi polegać na:

.....

4. Pytania zadane przez pacjenta

.....

Lekarza zbierającego ze mną wywiad przy przyjęciu do szpitala poinformowałem(am) o wszystkich moich chorobach (wady serca, omdlenia, duszności, zapalenie migdałków, anginy, choroby uszu, astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli, gruźlica, choroby psychiczne, drgawki, padaczka, dystrofia mięśniowa, udar, żółtaczkę, stłuczenie lub marskość wątroby, zapalenie pęcherza moczowego, mocznica, cukrzyca, dna moczanowa, porfiria, wole obojętne, nadczynność lub niedoczynność tarczycy, choroby oczu, jaskra, choroby krwi, skłonność do krwawień, siniaków, inne schorzenia).

Przyjmuję do wiadomości, że będę miał/a sposobność do omówienia z anestezjologiem szczegółów znieczulenia przed zabiegiem, chyba że będzie to niemożliwe z powodu mego stanu. (Dotyczy to tylko pacjentów otrzymujących ogólne lub inne znieczulenie wymagające anestezjologa.)

Lekarz..... przeprowadził(a) ze mną rozmowę wyjaśniającą problemy związane z zabiegiem badaniem, któremu mam być poddany(a). Podczas tej rozmowy mogłem(am) pytać o wszystkie interesujące mnie wątpliwości dotyczące rodzaju planowanego zabiegu badania i znieczulenia, związanego z tym ryzyka oraz o inne okoliczności, które mogą wystąpić przed, w trakcie i po zabiegu. Zrozumiałem(am) wszystkie informacje i wyjaśnienia i nie mam więcej pytań.



Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Promed” Sp. z o.o.

ul. L. Różyckiego 6, 58-506 Jelenia Góra · tel. + 48 75 64 17 100 · kontakt@e-promed.pl · Strona internetowa: www.e-promed.pl
 NIP: 6112369825 · REGON: 230914124 · Nr wpisu do KRS: 0000127286 · Kapitał zakładowy: 50 000 PLN

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Promed” Sp. z o.o., z siedzibą w Jeleniej Górze, przy ul. L. Różyckiego 6, jest podmiotem leczniczym, prowadzącym zakład leczniczy pod firmą Centrum Medyczne, wpisany do rejestru Podmiotów Wkonujących Działalność Leczniczą pod numerem 000000001691

Zarządzanie jakością
ISO 9001

Bezpieczeństwo informacji
ISO 27001





Przyjmuję do wiadomości, że wszelkie dodatkowe zabiegi oprócz wymienionych w formularzu zostaną przeprowadzone jedynie po to, by uratować mi życie lub zapobiec poważnemu zagrożeniu mego zdrowia. Zgadzam się na wykonanie zabiegu/badania w znieczuleniu ogólnym sedacji/ znieczuleniu miejscowym. Zgadzam się na towarzyszące zabiegowi postępowanie, tj. infuzje płynów, podawanie niezbędnych leków przed, w czasie i po zabiegu, zakładanie cewników dożylnych. Zgadzam się na uzasadnione medyczne zmiany lub rozszerzenie postępowania lekarskiego, w tym zmianę rodzaju i zakresu znieczulenia, zmianę planowanej techniki i zakresu zabiegu.

.....

.....

.....
data
.....
podpis pacjenta
.....
podpis lekarza

.....
.....
.....

.....

.....



Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Promed” Sp. z o.o., z siedzibą w Jeleniej Górze, przy ul. L. Różyckiego 6, jest podmiotem leczniczym, prowadzącym zakład leczniczy pod firmą Centrum Medyczne, wpisany do rejestru Podmiotów Wcześniejszych Działalności Leczniczych pod numerem 000000001691

