



Przychodnia Mazowieckiego Szpitala Onkologicznego

(NON-PROFIT)

ul. Kościelna 61, 05-135 Wieliszew

tel.: 22 766 15 00, tel./faks: 22 766 15 99

Wieliszew, dnia

ZGODA PACJENTA NA WYKONANIE BADANIA ENDOSKOPOWEGO - GASTROSKOPIA

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

Adres:

Nr księgi zabiegów

Rozpoznanie:

.....

Zabieg endoskopowy – gastroskopia polega na wprowadzeniu specjalnego aparatu zwanego endoskopem do górnego odcinka przewodu pokarmowego.

W przypadku potwierdzenia choroby (np. stwierdzenia zmian zapalnych lub przeszkody – zwężenia, itp.) może zaistnieć konieczność pobrania wycinków do badań histopatologicznych.

Opisane działania uznawane są za względnie bezpieczne jednak u około 0,1% badanych istnieje możliwość wystąpienia powikłań tj. objawów niepożądanych (np. reakcja alergiczna po lekach, przed lub po zabiegu).

Powikłania ciężkie mogące spowodować ryzyko zgonu lub wymagające zabiegu operacyjnego w trybie pilnym są rzadkością i stanowią ułamek procenta wykonywanych zabiegów endoskopowych.

Oświadczenie pacjenta:

Ja niżej podpisany(a) posiadając nieograniczoną zdolność prawną oraz zdolność do czynności prawnych dobrowolnie, nie działając pod wpływem błędu, groźby ani w warunkach wyłączających świadome i swobodne podjęcie decyzji i wyrażenie woli oświadczam, co następuje:

- 1) w czasie rozmowy z lekarzem została mi wyjaśniona w sposób przystępny planowany zabieg endoskopowy, jego cele i oczekiwany wynik oraz potencjalne zagrożenia mogące wystąpić w trakcie i wyniku badania zabiegu, jak też konsekwencje odmowy, braku mojej zgody na wykonanie zabiegu lekarskiego. Powyższe informacje zrozumiałem.
- 2) wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody (*) na proponowany zabieg endoskopowy.
- 3) wyjaśniono mi także, że w czasie przeprowadzania planowanego zabiegu endoskopowego mogą zaistnieć trudne do przewidzenia sytuacje, które zmuszają lekarza do modyfikacji metody diagnostycznej, wykonania dodatkowego zabiegu, pobrania wycinków jednak tylko w zakresie wymaganym przez rzeczywisty stan mojego zdrowia, niezbędnym, zgodnie z zasadami wiedzy medycznej, jeśli będzie wymagała tego sytuacja powstała w wyniku zabiegu endoskopowego. O fakcie tym zostanę poinformowany po zabiegu.
- 4) zgadzam się / nie zgadzam się (*) na przeniesienie mnie do właściwego oddziału szpitalnego, jeśli wymagać tego będzie mój stan zdrowia.
- 5) zgadzam się / nie zgadzam się na proponowane znieczulenie (*).

*) niepotrzebne skreślić

- 6) w przypadku badania prowadzonego w znieczuleniu ogólnym przy udziale lekarza anesteziologa zostałem poinformowany o zakazie prowadzenia pojazdów mechanicznych i podejmowania ważnych decyzji.



Przychodnia Mazowieckiego Szpitala Onkologicznego
(NON-PROFIT)
ul. Kościelna 61, 05-135 Wieliszew
tel.: 22 766 15 00, tel./faks: 22 766 15 99

- 7) stwierdzam że, uzyskałem(am) wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie zadane przeze mnie pytania i zrozumiałem udzielone mi wyjaśnienia.
- 8) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Krajową Fundację Medyczną oraz przekazanie moich danych osobowych, w tym numeru PESEL, dla potrzeb statystyki medycznej oraz Narodowemu Funduszowi Zdrowia i towarzystwom ubezpieczeniowym.

Uwagi lekarza:

.....

Ewentualne uwagi pacjenta:

.....

Wieliszew, dnia r.
(czytelny podpis pacjenta)

Przedstawiciel ustawowy

Imię:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nazwisko:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Wieliszew, dnia r.
(czytelny podpis)

Wieliszew, dnia r.
(podpis i pieczęć lekarza udzielającego wyjaśnień)