Krajowa Fundacja Medyczna
Mazowiecki Szpital Onkologiczny
ul. Kościelna 61, 05-135 Wieliszew
tel.: 22 766 15 00, tel./faks: 22 766 15 99

Wieliszew, dnia …… r.

ZGODA PACJENTA NA WYKONANIE BADANIA DIAGNOSTYCZNEGO / ZABIEGU MEDYCZNEGO

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

Adres:

Nr karty

Rozpoznanie: ……

……

……

Proponowana metoda leczenia/diagnostyki: .....

……

……

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 planowana metoda diagnostyczna / sposób leczenia (*), jego cele i oczekiwany wynik oraz potencjalne zagrożenia mogące wystąpić w trakcie i wyniku badania diagnostycznego / leczenia (*), jak też konsekwencje odmowy, braku mojej zgody na wykonanie zabiegu lekarskiego / badania diagnostycznego / leczenia (*). Powyższe informacje zrozumiałem.
2) wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody (*) na proponowane badanie/leczenie.
3) zostały mi także przedstawione możliwości zastosowania innych alternatywnych metod diagnostycznych / sposobów leczenia (*).
4) wyjaśniono mi także, że w czasie przeprowadzania planowanej metody diagnostycznej / sposobu leczenia (*) mogą zaistnieć trudne do przewidzenia sytuacje, które zmuszają lekarza do modyfikacji metody diagnostycznej / sposobu leczenie (*), wykonania dodatkowego zabiegu, jednak tylko w zakresie wymaganym przez rzeczywisty stan mojego zdrowia, niezbędnym, zgodnie z zasadami wiedzy medycznej, jeśli będzie wymagała tego sytuacja powstała w wyniku badania diagnostycznego / procesu leczenia (*). O fakcie tym zostanę poinformowany po badaniu / leczeniu (*).
5) zgadzam się / nie zgadzam się (*) na przeniesienie mnie do właściwego oddziału szpitalnego, jeśli wymagać tego będzie mój stan zdrowia.
6) zgadzam się / nie zgadzam się na proponowane znieczulenie (*).
7) zgadzam się / nie zgadzam się (*) na dopuszczenie do obserwacji metody diagnostycznej / sposobu leczenie (*) osób szkolących się oraz na dokonywanie dokumentacji fotograficznej i/lub video.

*) niepotrzebne skreślić

Krajowa Fundacja Medyczna
Mazowiecki Szpital Onkologiczny
ul. Kościelna 61, 05-135 Wieliszew
tel.: 22 766 15 00, tel./faks: 22 766 15 99

8) zgadzam się / nie zgadzam się (*) na udzielanie przeze mnie informacji (w tym także w formie odpowiedzi na przesłane ankiety) o stanie swojego zdrowia, ewentualnych dolegliwościach czy komplikacjach, które wystąpiły w okresie po badaniu / leczeniu (*).
9) stwierdzam że, uzyskałem(am) wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie zadane przeze mnie pytania i zrozumiałem udzielone mi wyjaśnienia.
10) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Krajową Fundację Oświatową oraz przekazanie moich danych osobowych, w tym numeru PESEL, dla potrzeb statystyki medycznej oraz Narodowemu Funduszowi Zdrowia i towarzystwom ubezpieczeniowym.

Uwagi lekarza: ……

……

……

Badanie / zabieg o szczególnie wysokim ryzyku, wykonany w trybie nagłym, w stanie zagrażającym życiu

tak ☐ **nie** ☐

Ewentualne uwagi pacjenta: ……..…

……

……

Wieliszew, dnia …….. r. ……..

(czytelny podpis pacjenta)

Przedstawiciel ustawowy

Imię: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nazwisko: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

PESEL: | | | | | | | | | | | |

Wieliszew, dnia …….. r. ……..

(czytelny podpis)

Wieliszew, dnia …….. r. ……..

(podpis i pieczątka lekarza udzielającego wyjaśnień)