



Mazowiecki Szpital Onkologiczny Sp. z o.o.

Al. Solidarności 12, 03-411 Warszawa

tel.: 22 766 15 05 faks: 22 766 15 99



**ZGODA PACJENTA NA LECZENIE
W PODODDZIALE MEDYCYNY PALIATYWNEJ
w Mazowieckim Szpitalu Onkologicznym**

Ja, niżej podpisany(a).....

zamieszkały.....

pesel tel kontaktowy.....

posiadając nieograniczoną zdolność prawną oraz zdolność do czynności prawnych dobrowolnie, nie działając pod wpływem błędu, groźby ani w warunkach wyłanczających świadome i dobrowolne podjęcie decyzji i wyrażenie woli oświadczam,co następuje:

- 1) w czasie rozmowy z lekarzem Mazowieckiego Szpitala Onkologicznego w Wieliszewiezostały mi wyjaśnione w sposób przystępny zasady opieki paliatywnej na Pododdziale Medycyny paliatywnej oraz stosowne procedury diagnostyczne i terapeutyczne. Uświadomiono mi na czym polegać będzie leczenie objawowe- powyższe informacje zdozumiałem.
- 2) przyjmuję do wiadomości, że personel Pododdziału Medycyny Paliatywnej nie będzie stosował metod mających na celu przedłużenie życia określanych jako uporczywa terapia (takich jak: resuscytacja krążeniowo - oddechowa, dializoterapia, wentylacja respiratorem)
- 3) jestem świadomy(a), ustalonego wcześniej rozpoznania choroby, oraz faktu, że leczenie przyczynowe, zmierzające do usunięcia choroby, zostało już zakończone.
- 4) zgadzam się na hospitalizację i leczenie paliatywne na Pododdziale Medycyny Paliatywnej
- 5) w czasie rozmowy z lekarzem, wymienionym powyżej z imienia i nazwiska, uzyskałem(am) wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie zadane przeze mnie pytania i zrozumiałem udzielone mi wyjaśnienia
- 6) oświadczam, że rozumiem wszystkie wymienione zasady stosowane w medycynie paliatywnej i wyrażam zgodę na leczenie w Pododdziale Medycyny Paliatywnej w Mazowieckim Szpitalu Onkologicznym w Wieliszewie przy ul Kościelnej 61.

.....
data i podpis Pacjenta



NIP: 524 28 52 488
REGON: 369482970
www.szpitalonkologiczny.pl



NR historii choroby

Uwagi lekarza.

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

Uwagi Pacjenta

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

Wieliszew, dniar.

.....

czytelny podpis Pacjenta

Przedstawiciel ustawy

imię i nazwisko

pesel

Wieliszew, dniar.

.....

czytelny podpis Pacjenta

Wieliszew, dniar.

.....

podpis i pieczętka

lekarza udzielającego wyjaśnień