ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA ZABIEG ……

Imię i nazwisko pacjenta ……Pesel ……

Oświadczam, że zostałem/zostałam poinformowany/na o możliwości leczenia, pouczony/na o sposobie i przebiegu leczenia oraz uzyskałem/am wyczerpujące informacje na temat powyższej metody leczenia, ryzyka i ewentualnymi dającymi się przewidzieć skutkami zabiegu. Jednocześnie potwierdzam, że mogłem/am zadawać wszelkie pytania dotyczące powyższego zabiegu i otrzymałem/am na nie odpowiedzi, które rozumiem, sposób postępowania lekarskiego aprobuję i wyrażam zgodę na wykonanie zabiegu w znieczuleniu miejscowym.

Zostałem/am poinformowana, że w przypadku pobrania materiału do badania histopatologicznego na jego wynik oczekuje się do 21 dni roboczych oraz, że konieczna jest konsultacja lekarska wyniku badania histopatologicznego.

Oświadczam, że przed rozpoczęciem leczenia udzieliłem/am pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania zawarte w ankiecie, oraz które lekarz zadawał w trakcie wywiadu lekarskiego odnośnie mojego stanu zdrowia, przyjmowanych leków oraz przebytych urazów i zabiegów.

Zostałem/am poinformowana o kosztach leczenia i badania histopatologicznego, które akceptuję, alternatywnych możliwościach leczenia z zaniechaniem leczenia włącznie, o ryzyku towarzyszącym innym metodom leczenia i konsekwencjach wynikających z zaniechania leczenia.

Oświadczam, że otrzymałem/am i zrozumiałem/am zalecenia odnośnie postępowania po zabiegu.

Wyrażam zgodę na badanie histopatologiczne TAK ☐ NIE ☐

……
Data i czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego

……
Data i czytelny podpis małoletniego pacjenta, który ukończył 16 lat

Uwaga: wymaganie złożenia podpisu dotyczy na równi z małoletnim pacjentem, który ukończył 16 lat, pacjenta ubezwłasnowolnionego, chorego psychicznie lub upośledzonego umysłowo, lecz dysponującego dostatecznym rozeznaniem

……
Data i podpis lekarza