

## **ZGODA NA WYKONANIE ZABIEGU OPERACYJNEGO I INNE ZWIĄZANE Z TYM CZYNNOŚCI**

Niniejszym oświadczam,,że w dniu ..... w Oddziale Chirurgicznym Szpitala w Oławie Pan/Pani doktor ..... przeprowadziła ze mną rozmowę dotyczącą planowanego u mnie postępowania leczniczego obejmującego .....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
(należy w szczególności skonkretyzować rodzaj zabiegu operacyjnego)

**Oświadczam,** że podczas przedmiotowej rozmowy uzyskałem/łam od w/w lekarza przystępną, zrozumiałą i wyczerpującą informację o:

- moim stanie zdrowia,
- rozpoznaniu,
- proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, w tym rodzaju i celu planowanego zabiegu operacyjnego oraz innych sposobach leczenia (zamiast proponowanego zabiegu operacyjnego), jak również o ryzyku i powikłaniach mogących powstać z tego tytułu,
- proponowanym znieczuleniu oraz ewentualnym ryzyku i powikłaniach z tego tytułu (szczegółowych informacji udzieli lekarz anestezjolog),
- mogącej zaistnieć konieczności podania mi krwi lub preparatów krwiopochodnych w trakcie planowanego zabiegu operacyjnego lub w okresie pooperacyjnym oraz ewentualnym ryzyku i powikłań z tego tytułu,
- wynikach leczenia oraz rokowaniu

Ponadto, w trakcie przedmiotowej rozmowy miałem/łam możliwość zadania lekarzowi pytań dotyczących sposobu wykonania usługi medycznej, jej celowości oraz grożących powikłań i otrzymałem/łam od wyżej wskazanego lekarza przystępne, zrozumiałe i wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie zadane przeze mnie pytania w zakresie jak powyżej.

Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, że każdy zabieg operacyjny, znieczulenie, podawanie krwi lub preparatów krwiopochodnych pociąga za sobą ryzyko powikłań (w tym poważnych, a nawet śmierci), które mogą wystąpić nawet przy zachowaniu najwyższych standardów w zakresie wiedzy, umiejętności i opieki medycznej.

**Oświadczam**, że mam pełną świadomość niemożności udzielenia mi gwarancji uniknięcia ryzyka i/lub powikłań mogących wynikać z planowanego zabiegu operacyjnego, znieczulenia, podania leków, krwi lub preparatów krwiopochodnych i użycia innych materiałów medycznych.

**Oświadczam**, że przyjmuję również do wiadomości, że w trakcie wykonywania czynności, o których mowa powyżej, mogą wystąpić okoliczności, których nieuwzględnienie mogłoby mi grozić niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia. W takim przypadku lekarz będzie uprawniony do podjęcia działań i/lub środków w sposób umożliwiający uwzględnienie tych okoliczności w ramach obowiązujących przepisów prawa.

POTWIERDZAM, ŻE PRZYJĄŁEM/PRZYJĘŁAM DO WIADOMOŚCI I ZROZUMIAŁEM/ZROZUMIAŁAM POWYŻSZE INFORMACJE, W TYM W SZCZEGÓLNOŚCI INFORMACJE NA TEMAT RYZYKA I POWIKŁAŃ.

Niniejszym **wyrażam zgodę** na wykonanie w Oddziale Chirurgicznym Szpitala w Oławie na mojej osobie planowanego zabiegu operacyjnego oraz zastosowanie koniecznych procedur leczniczych, leków w tym krwi o preparatów krwiopochodnych o ile zaistnieje taka potrzeba.

Jednocześnie **wyrażam zgodę** na wykonanie przez wyżej wymieniony podmiot wszelkich niezbędnych badań i czynności zmierzających do lub związanych z przeprowadzeniem na mojej osobie przedmiotowego zabiegu operacyjnego.

Zgadzam się również na wykonanie i przechowywanie niezbędnej dokumentacji medycznej w formie elektronicznej, zdjęciowej i/lub filmowej przez SP ZOZ w Oławie.

PACJENT:

\_\_\_\_\_  
(imię i nazwisko)

\_\_\_\_\_  
(podpis)

Potwierdzenie miejsca, daty i godziny złożenia przez Pacjenta powyższego oświadczenia:

\_\_\_\_\_  
(miejscowość)

dnia

\_\_\_\_\_  
(dzień, miesiąc, rok)

godz. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(podpis lekarza)