

# ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA BADANIE LUB LECZENIE

do zachowania wraz z kartą/historią choroby pacjenta

## 1. Dane pacjenta

Imię i nazwisko:

PESEL:

Rozpoznanie (w języku polskim) ZAĆMA OKA .....

.....

.....

## 2. Nazwa proponowanego leczenia lub zabiegu

FAKOEMULSYFIKACJA ZAĆMY OKA .....

WSZCZEPNIENIE SZTUCZNEJ SOCZEWKI OKA .....

.....

.....

## 3. Wskazanie do leczenia lub zabiegu

POGORSZENIE WIDZENIA OKA .....

.....

.....

## Oświadczenie lekarza

Stwierdzam, że przedstawiłem pacjentowi planowany sposób leczenia/zabiegu (niepotrzebne skreślić) oraz poinformowałem o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu leczenia/zabiegu (niepotrzebnie skreślić), w trakcie operacji oraz w okresie pooperacyjnym, wczesnym i późnym.

Omówiłem również ewentualny przebieg leczenia, korzyści i zagrożenia wynikające z innego rodzaju terapii (jak również z zaniechania leczenia). Omówiłem również z pacjentem jego szczególne obawy.

Leczenie będzie wymagało:

- ☐ ogólnego i/lub innego znieczulenia,
- ☐ miejscowego znieczulenia,
- ☐ podania środków uspokajających lub odurzających.

.....

*pieczęć i podpis lekarza*

**Uwaga:**

W przypadku niemożności wyrażania pisemnej zgody, za równoważne uważa się wyrażenie zgody ustnie złożone w obecności dwóch świadków.

Zgoda została wyrażona przez pacjenta w formie ustnej w obecności świadków.

.....  
data, czytelny podpis świadka

.....  
data, czytelny podpis świadka

**Tylko w przypadku odmowy operacji:**

Po wyczerpującym poinformowaniu mnie nie wyrażam zgody na proponowaną operację

.....  
(rodzaj operacji)

Zostałam/em poinformowana/y o możliwych negatywnych konsekwencjach wynikających z odmowy wykonywania proponowanej operacji dla mojego zdrowia i życia z jego narażeniem wyłącznie.

.....  
data, godzina, podpis i pieczęć lekarza

.....  
data, godzina, czytelny podpis pacjenta