

Oświadczenie pacjenta

- Oświadczam, że
- Zapoznałam/em się ze szczegółowym opisem planowanego leczenia lub zabiegu, jego celowości, sposobie przeprowadzenia, czynności diagnostycznych i planowanego zabiegu, typowych i nietypowych następstwach i powikłaniach po wykonanych czynnościach.
  - Zgadzam się na zmianę lub poszerzenie postępowania diagnostycznego lub chirurgicznego oraz czynności koniecznych do ratowania mojego zdrowia i życia w przypadku wystąpienia nieprzewidywanych przed leczeniem i zabiegiem okoliczności.
  - Zostałam/em poinformowana/y, że będę miał/a sposobność do omówienia szczegółów znieczulenia z anestezjologiem przed zabiegiem. *(dotyczy tylko pacjentów wymagających znieczulenia)*
  - W razie zaistnienia konieczności wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody na przetaczanie krwi i preparatów krwiopochodnych.
  - Stwierdzam, że uzyskałam/em wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie zadane pytania. Informacja przekazana przez lekarza jest dla mnie w pełni jasna i zrozumiała. Nie mam więcej pytań.
  - Przed rozpoczęciem leczenia udzieliłam/em pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego odnośnie mojego stanu zdrowia, przyjmowanych leków oraz przebytych zabiegów operacyjnych.
  - W trakcie rozmowy z lekarzem miałam/em możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego postępowania medycznego.
  - Oświadczam, że zapoznałam/em się z powyższym tekstem i wyrażam świadomą zgodę na proponowane leczenie lub zabieg.

.....  
data, podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego

**Tylko w przypadku odmowy leczenia lub zabiegu:**  
Po wyczerpującym poinformowaniu mnie nie wyrażam zgody na proponowane leczenie i zabieg:  
.....  
.....  
.....

rodzaj leczenia / zabiegu

Zostałam/em poinformowana/y o możliwych ujemnych skutkach wynikających z odmowy proponowanego leczenia lub zabiegu z narażeniem życia włącznie.

.....  
data, godzina, pieczęć i podpis lekarza                      data, godzina, czytelny podpis pecjenta/przedst. ustawowego

Oświadczenie pacjenta

- Oświadczam, że
- Zapoznałam/em się ze szczegółowym opisem planowanego leczenia lub zabiegu, jego celowości, sposobie przeprowadzenia, czynności diagnostycznych i planowanego zabiegu, typowych i nietypowych następstwach i powikłaniach po wykonanych czynnościach.
  - Zgadzam się na zmianę lub poszerzenie postępowania diagnostycznego lub chirurgicznego oraz czynności koniecznych do ratowania mojego zdrowia i życia w przypadku wystąpienia nieprzewidywanych przed leczeniem i zabiegiem okoliczności.
  - Zostałam/em poinformowana/y, że będę miał/a sposobność do omówienia szczegółów znieczulenia z anestezjologiem przed zabiegiem. *(dotyczy tylko pacjentów wymagających znieczulenia)*
  - W razie zaistnienia konieczności wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody na przetaczanie krwi i preparatów krwiopochodnych.
  - Stwierdzam, że uzyskałam/em wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie zadane pytania. Informacja przekazana przez lekarza jest dla mnie w pełni jasna i zrozumiała. Nie mam więcej pytań.
  - Przed rozpoczęciem leczenia udzieliłam/em pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego odnośnie mojego stanu zdrowia, przyjmowanych leków oraz przebytych zabiegów operacyjnych.
  - W trakcie rozmowy z lekarzem miałam/em możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego postępowania medycznego.
  - Oświadczam, że zapoznałam/em się z powyższym tekstem i wyrażam świadomą zgodę na proponowane leczenie lub zabieg.

.....  
data, podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego

**Tylko w przypadku odmowy leczenia lub zabiegu:**  
Po wyczerpującym poinformowaniu mnie nie wyrażam zgody na proponowane leczenie i zabieg:  
.....  
.....  
.....

rodzaj leczenia / zabiegu

Zostałam/em poinformowana/y o możliwych ujemnych skutkach wynikających z odmowy proponowanego leczenia lub zabiegu z narażeniem życia włącznie.

.....  
data, godzina, pieczęć i podpis lekarza                      data, godzina, czytelny podpis pecjenta/przedst. ustawowego

**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*

**Ważne punkty dodatkowe: (zaznacz właściwe)**

- ☐ W przypadku osoby małoletniej (która nie ukończyła 16 lat) powyższą zgodę na leczenie lub zabieg po zapoznaniu się z nią podpisuje osoba będąca przedstawicielem ustawowym (matka, ojciec) w miejscu przeznaczonym na podpis pacjenta.

Imię i nazwisko .....

PESEL: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....  
*podpis przedstawiciela ustawowego*

- ☐ W przypadku osoby pomiędzy 16 a nieukończonym 18 rokiem życia zgodę na leczenie lub zabieg po zapoznaniu się z jej treścią podpisuje osoba, której leczenie dotyczy w miejscu przeznaczonym na podpis pacjenta, a osoba będąca przedstawicielem ustawowym poniżej.

Imię i nazwisko .....

PESEL: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....  
*podpis przedstawiciela ustawowego*

- ☐ **Oświadczenie tłumacza** *(jeżeli był potrzebny)*

Przetłumaczyłem pacjentowi powyższe informacje jak najlepiej potrafiłem i w przystępny sposób.

.....  
*data, godzina*

.....  
*podpis tłumacza*

- ☐ np. formularz świadka Jehowy

.....  
.....

**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*

**Ważne punkty dodatkowe: (zaznacz właściwe)**

- ☐ W przypadku osoby małoletniej (która nie ukończyła 16 lat) powyższą zgodę na leczenie lub zabieg po zapoznaniu się z nią podpisuje osoba będąca przedstawicielem ustawowym (matka, ojciec) w miejscu przeznaczonym na podpis pacjenta.

Imię i nazwisko .....

PESEL: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....  
*podpis przedstawiciela ustawowego*

- ☐ W przypadku osoby pomiędzy 16 a nieukończonym 18 rokiem życia zgodę na leczenie lub zabieg po zapoznaniu się z jej treścią podpisuje osoba, której leczenie dotyczy w miejscu przeznaczonym na podpis pacjenta, a osoba będąca przedstawicielem ustawowym poniżej.

Imię i nazwisko .....

PESEL: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....  
*podpis przedstawiciela ustawowego*

- ☐ **Oświadczenie tłumacza** *(jeżeli był potrzebny)*

Przetłumaczyłem pacjentowi powyższe informacje jak najlepiej potrafiłem i w przystępny sposób.

.....  
*data, godzina*

.....  
*podpis tłumacza*

- ☐ np. formularz świadka Jehowy

.....  
.....