



Warszawa, dnia _____ r.

Imię i Nazwisko Pacjenta składającego oświadczenie

Nr PESEL

Zgoda Pacjenta na świadczenie zdrowotne

Działając na podstawie przepisów rozdziału 5 Ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r. p[oz. 159 ze zm.) oświadczam, że wyrażam dobrowolną zgodę na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego:

(należy w szczególności skonkretyzować rodzaj badania lub inne świadczenie zdrowotne)

Oświadczam, że w trakcie przedmiotowej rozmowy otrzymałam/otrzymałem, zrozumiałe i wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie zadane przeze mnie pytania. Nie mam żadnych dalszych pytań, czuję się poinformowana/poinformowany i zgadzam się po przemyśleniu na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego w zakresie w wymienionym powyżej.

Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, że każde świadczenie zdrowotne pociąga za sobą ryzyko powikłań, które mogą wystąpić nawet przy zachowaniu najwyższych standardów w zakresie wiedzy, umiejętności i opieki zdrowotnej.

Oświadczam ponadto, że w trakcie wykonywania czynności, o których mowa powyżej mogą wystąpić okoliczności, których nieuwzględnienie mogłoby mi grozić niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia. W tym przypadku lekarz będzie uprawniony do podjęcia wszelkich dodatkowych działań minimalizujących ryzyko uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, adekwatnych do zaistniałej sytuacji, nieomawianych wcześniej z pacjentem. Oświadczam, że poinformowano mnie, że wystąpienie potencjalnych następstw i powikłań związanych z rozszerzeniem lub zmianą zakresu świadczenia należy traktować jako ryzyko związane z samym świadczeniem. Pacjent wyraża świadomą zgodę na ww. świadczenie i potencjalne dodatkowe działania, akceptuje możliwe ryzyko, w tym również to, którego nie można określić w bliższy sposób.

Oświadczam, że mam pełną świadomość niemożności udzielenia mi gwarancji uniknięcia ryzyka i/lub powikłań mogących wyniknąć z planowanego świadczenia zdrowotnego.

Nie mam więcej pytań ani żadnych wątpliwości.

data, podpis pacjenta

data, podpis rodzica/opiekuna prawnego*

*Uwaga! W przypadku pacjenta do 16 roku życia, oświadczenie podpisuje rodzic/opiekun prawny, w przypadku pacjenta pomiędzy 16-tym a 18-tym rokiem życia oświadczenie podpisuje pacjent oraz jego rodzic/opiekun prawny.

Potwierdzam, że Pacjent został poinformowany o planowanym świadczeniu zdrowotnym, celu, przebiegu i powikłaniach mogących powstać w wyniku udzielenia świadczenia zdrowotnego, jak również w trakcie innych towarzyszących czynności medycznych.

data, pieczętka i podpis lekarza