

Artmedik Sp. z o.o.
CENTRAL SPECJALISTYCZNY
Dzielnica Chirurgii w Jędrzejowie
M. Władysława Brzozewskiego
ODDZIAŁ ORTOPEDYCZNY
ul. Malogoska 25, 28-300 Jędrzejów
tel. 41 386 14 91, wew. 324, 325
NIP. 656-227-69-05, REG. 260221290

Formularz nr 8

ZGODA NA ZABIEG DIAGNOSTYCZNY / LECZNICZY

Imię i nazwisko Pacjenta:..... nr KSGI.....
Lekarz medycyny..... przeprowadził ze mną rozmowę,
w wyniku której wyrażam świadomą zgodę na proponowany zabieg diagnostyczny /
lecniczy:.....
.....
.....

Jednocześnie oświadczam, że zostałem/ -am poinformowany/ -a, o celu proponowanego zabiegu, spodziewanych wynikach oraz o ryzyku najczęstszych powikłań z nim związanych. Zrozumiałem/ -am wyjaśnienia lekarza związane z proponowanym postępowaniem i nie mam więcej pytań.

Jednocześnie zgadzam się na towarzyszące zabiegowi niezbędne postępowanie medyczne, tj. infuzję płynów, krwi własnej, obcej, podawanie niezbędnych leków, zakładanie niezbędnych cewników. W sytuacji uzasadnionej medycznie, zgadzam się na zmianę metody postępowania diagnostycznego / leczniczego i ewentualne leczenie operacyjne.

Zgłaszam jednocześnie następujące ograniczenia towarzyszące zabiegowi:
.....
.....
.....
.....

Data i czytelny podpis Pacjenta.....

Data i czytelny podpis Rodzica / Opiekuna Prawnego.....

.....
Data, Podpis i pieczęć lekarza