

ZGODA NA ZABIEG OPERACYJNY/CHIRURGICZNY

DANE PACJENTA:

IMIĘ I NAZWISKO:.....

PESEL:

Ja, niżej podpisany wyrażam zgodę i upoważniam:

(imię i nazwisko lekarza wykonującego zabieg)

do wykonania u ***mnie/mojego podopiecznego** zabiegu operacyjnego:

.....
.....

(nazwa zabiegu)

1. Wyrażam zgodę na pobieranie ode mnie materiałów biologicznych koniecznych do wykonania wszelkich badań związanych z moim leczeniem, na wykonanie tych badań, na stosowanie u mnie koniecznych w procesie leczenia leków i materiałów medycznych, na niezbędną po zabiegu rehabilitację na oddziale szpitalnym oraz na konieczne i standardowo stosowane przy tego rodzaju zabiegach czynności pielęgnacyjne i opatrunkowe.
2. Poinformowano mnie o charakterze proponowanego zabiegu operacyjnego, o alternatywnych sposobach postępowania oraz o ryzyku proponowanego leczenia operacyjnego i możliwych jego powikłaniach. Informacje te zostały mi przedstawione jasno i w sposób przystępny, w związku, z czym świadomie podpisuję niniejszą zgodę.
3. Zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie sposobu operacji w niezbędnym zakresie zgodnie z zasadami wiedzy medycznej, jeśli taka konieczność wyniknie w związku z sytuacjami dotąd nieznanymi i nieprzewidywanymi, które wymieniony wyżej lekarz uzna za niezbędne lub wskazane w czasie zabiegu operacyjnego.
4. Wyrażam zgodę na znieczulenie uznane za konieczne lub wskazane przez lekarza leczącego, anestezjologa lub inną osobę działającą pod kierunkiem lekarza.
5. Wyrażam zgodę na utylizację (zgodnie z zasadami postępowania z odpadami medycznymi) lub poddanie badaniom histopatologicznym wszelkich tkanek lub części ciała usuniętych podczas zabiegu.
6. Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia – zgodnie z zapisami w historii choroby. Przed rozpoczęciem zabiegu udzieliłem(-em) pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego odnośnie: mojego ogólnego stanu zdrowia, wszelkiego typu alergii i uczuleń, trwającej terapii chorób przewlekłych, istnienia/braku ciąży, przyjmowanych leków, przebytych zabiegów, przebytych urazów. Wiadomym mi jest, że zatajenie którejkolwiek z wymienionych informacji może spowodować powstanie dodatkowego lub podwyższonego ryzyka zabiegu oraz traktowane jest, jako moje przyczynienie do powstania ewentualnej szkody (między innymi w postaci

- rozstroju zdrowia, uszkodzenia ciała lub negatywnego efektu zabiegu), za którą lekarz nie ponosi odpowiedzialności. O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego. Wyrażam zgodę na wykonanie badań diagnostycznych i sporządzenie dokumentacji radiologicznej i fotograficznej.
7. Zobowiązuję się do ścisłego przestrzegania wszystkich zaleceń lekarskich związanych z samym zabiegiem i całym procesem leczenia, zawartych w niniejszym oświadczeniu. Mam pełną świadomość, iż ścisłe przestrzeganie przeze mnie tychże zleceń w istotny sposób wpłynie na przebieg i ostateczny rezultat leczenia.
 8. Rozumiem i przyjmuję do wiadomości, że przez cały okres leczenia spoczywa na mnie odpowiedzialność za przestrzeganie wskazań i instrukcji lekarza prowadzącego.
 9. Przyjmuję do wiadomości, że nie można udzielić gwarancji, ani nie ma pewności, co do rezultatów, jakie zostaną uzyskane w wyniku proponowanego leczenia operacyjnego. **Lekarz poinformował mnie również o tym, że efekty zabiegu nie są identyczne w przypadku każdego pacjenta. Uzyskałam(-em) wyczerpujące informacje na temat dających się osiągnąć efektów leczniczych w moim przypadku.**
 10. Stwierdzam, że miałem(-am) pełną możliwość zadawania pytań dotyczących zabiegu i całego procesu leczenia, uzyskałem(-am) również wszelkie, wyczerpujące i zrozumiałe wyjaśnienia dotyczące leczenia, a także, że uzyskałem(-am) wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania i proszę o wykonanie proponowanej operacji.
 11. ***Zgadzam się/Nie zgadzam się** również, w razie takiej potrzeby, na przetoczenie krwi i jej preparatów. W sytuacji wystąpienia u mnie w trakcie leczenia stanu ograniczenia świadomości uniemożliwiającego świadome podejmowanie decyzji wyrażam zgodę na wykonanie u mnie kolejnych zabiegów, które lekarz prowadzący uzna za konieczne dla dalszego leczenia.
 12. Oświadczam, że ***przebyłem(-am)/mój podopieczny przebył** wymagany cykl szczepień przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby, a w przypadku braku szczepień jestem świadomy(-a) ryzyka zakażenia wirusem WZW.
 13. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przeniesienie mnie do właściwego oddziału stacjonarnego zgodnie z decyzją lekarza operującego lub lekarza anestezjologa, jeżeli wymagałby tego mój stan zdrowia.
 14. Stwierdzam, że uzyskałem(-am) wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania i proszę o wykonanie proponowanego zabiegu.
 15. Otrzymałem(-am) wyczerpującą informację o kosztach leczenia, także przy uwzględnieniu różnych metod leczenia i konieczności dalszego leczenia w przypadku ewentualnych powikłań czy komplikacji. Koszty te w pełni akceptuję. Wiem, że mogę odwołać zgodę na leczenie w każdej chwili - według mojego uznania.
 16. Oświadczam, że zostałem(-am) poinformowany(-a) o prawach pacjenta, w szczególności wynikających z ustawy o ochronie prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
 17. ***Wyrażam/nie wyrażam** nieodpłatnie i bezterminowo zgodę na prowadzenie dokumentacji fotograficznej celem dołączenia do dokumentacji medycznej jak i ewentualnego wykorzystania do celów naukowych (np. publikacji w literaturze i internetowych portalach naukowych) bez ujawniania pełnego wizerunku oraz moich danych osobowych.

18. Oświadczam, że zostałem mi udostępniony do wglądu Regulamin Organizacyjny Neo Hospital i zobowiązuję się go przestrzegać przez cały czas leczenia w Neo Hospital.

19. Szczegółowe informacje dotyczące zabiegu:

1. Ogólny opis zabiegu - uzupełnia lekarz:

2. Powikłania wśród zabiegowe - uzupełnia lekarz:

3. Powikłania po zabiegowe- uzupełnia lekarz:

4. Zalecenia po zabiegowe - uzupełnia lekarz:

5. Alternatywne metody leczenia - uzupełnia lekarz:

Powyższe zasady przeczytałem/-am i zrozumiałem/-am, miałem/-am pełną możliwość zadawania pytań dotyczących zabiegu i całego procesu leczenia, uzyskałem/-am również wszelkie, wyczerpujące i zrozumiałe wyjaśnienia dotyczące leczenia. Zostałem/-am poinformowany/-a o alternatywnych możliwościach leczenia, z ewentualnością zaniechania leczenia włącznie. Zostałem/-am poinformowany/-a o ryzyku towarzyszącym innym metodom leczenia i konsekwencjach wynikających z zaniechania leczenia. Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych, pozytywne efekty leczenia nie są zagwarantowane. Ponadto, zabieg jest wykonywany w celu usunięcia konkretnego problemu i może nie wyeliminować innych ukrytych problemów.

**PROSIMY O PODPISANIE TYLKO, GDY ROZUMIEJĄ PAŃSTWO W PEŁNI TREŚĆ
FORMULARZA**

_____	_____
<i>data i czytelny podpis pacjenta</i>	<i>data, pieczętka i podpis lekarza</i>

** Jeżeli pacjent jest małoletni, niezdolny do świadomego wyrażania zgody lub ubezwłasnowolniony całkowicie wymagana jest zgoda jego przedstawiciela ustawowego lub – w razie braku przedstawiciela ustawowego – wymagana jest zgoda opiekuna faktycznego. W przypadku, kiedy pacjent małoletni ukończył 16 lat, jak również pacjent ubezwłasnowolniony jest w stanie z rozeznaniem wypowiedzieć opinię o badaniu i leczeniu, wymagana jest także ich zgoda (osoby te mogą również wyrazić sprzeciw, co do proponowanego leczenia) – art. 17 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jednolity: Dz. U. z 2017 r. poz. 1318).*

.....
Dane przedstawiciela ustawowego/opiekuna faktycznego (Imię, nazwisko, nr i seria dokumentu tożsamości).

_____	_____
<i>data i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego /opiekuna faktycznego</i>	<i>data, pieczętka i podpis lekarza</i>

****niepotrzebne skreślić***