

ZGODA NA LECZENIE CHIRURGICZNE

Imię i nazwisko: _____

Adres z kodem pocztowym: _____

PESEL: _____

Rozpoznanie _____

Proponowany zabieg: _____

Ja niżej podpisany(a), potwierdzam, że w czasie rozmowy z lekarzem Kliniki w Klaudynie została mi wyjaśniona istota choroby oraz przedstawiono mi sposoby jej leczenia.

Zostałem(am) uświadomiony(a) na czym będzie polegać leczenie operacyjne i jakie w związku z nim mogą wystąpić powikłania i zagrożenia oraz jakie jest rokowanie na przyszłość. Zostałem(am) także poinformowany(a), że gdyby sytuacja tego wymagała lekarz może zmodyfikować zabieg lub wykonać zabieg dodatkowy zgodnie z potrzebami i zasadami wiedzy medycznej. Jestem świadomy(a), że ostateczny wynik leczenia zależy nie tylko od zmian chorobowych w operowanym narządzie, ale również od stanu ogólnego pacjenta. Jednocześnie wyrażam zgodę na wykonanie wszystkich badań diagnostycznych i laboratoryjnych niezbędnych do przeprowadzenia operacji.

Stwierdzam, że uzyskałem(am) wyczerpującą odpowiedź na wszystkie moje pytania i proszę o wykonanie koniecznego zabiegu.

Informuję, iż zostałem(am) poinformowany(a) o zakazie prowadzenia pojazdów mechanicznych przez 24 godziny od przeprowadzenia zabiegu.

Wyrażam zgodę na przekazywanie moich danych osobowych i numery PESEL dla potrzeb statystyki medycznej.

Ewentualne uwagi pacjenta

Opiekun prawny:

Imię i nazwisko _____

PESEL _____

Adres _____

data, podpis Pacjenta: _____

Klinika w Klaudynie Sp. z o.o.
ul. Karola Kurpińskiego 15, 05-080 Klaudyn

Tel.: +48 22 721 81 05; GSM +48 510 147 711

contact@klaudyn.pl

www.klaudyn.pl