# FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY
## na przeprowadzenie zabiegu w znieczuleniu miejscowym

(pieczątka oddziału)

**Imię i nazwisko pacjent a**.....

**Numer hist orii choroby:**.....

**Rodzaj zabiegu:** .....

.....

**Rozpoznanie:** .....

.....

### Formularz świadomej zgody

Oświadczam, że dnia _ _ / _ _ **20** _ _ r. w rozmowie z lekarzem .....

1. Otrzymałam / łem informację o tym, jaki jest **cel proponowanego postępowania** i spodziewane wyniki.
2. Poinformowano mnie o **ryzyku** związanym z proponowanym postępowaniem, innych możliwych metodach leczenia i ewentualnych powikłaniach.
3. Zapewniono mi nieograniczone możliwości **zadawania pytań** i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób dla mnie zrozumiały i nie budzący żadnych wątpliwości.
4. Zostałam / łem poinformowana / y, że **mogę nie zgodzić się** na proponowane postępowanie, oraz poinformowano mnie o możliwych negatywnych skutkach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.
5. Zostałam / łem poinformowana / y, że w każdej chwili **mogę cofnąć zgodę na proponowane postępowanie.**
6. Uwagi / zastrzeżenia co do proponowanego postępowania .....

.....
.....
.....

*Zaznacz właściwą kratkę znakiem X*

| | |
|---|---|
| **Wyrażam świadomą zgodę** (bez zastrzeżeń lub z powyższymi zastrzeżeniami)na przeprowadzenie u mnie / u dziecka proponowanego zabiegu. ☐ | **Nie wyrażam zgody** na przeprowadzenie u mnie / u dziecka proponowanego zabiegu. ☐ |

..... .....

*czytelny podpis pacjenta / czytelny podpis opiekuna** *podpis i pieczątka lekarza*

*UWAGA:*
** W przypadku osób do 16- go roku życia zgodę wyraża i podpisuje przedstawiciel ustawowy.*
*W przypadku osób w wieku od 16- go roku życia do 18- go roku życia zgodę wyraża i podpisuje przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny oraz pacjent.*

admed® MEDICAL PARTNER
Ogólnopolskie Centrum Zaopatrzenia Medycznego
infolinia 24/7:+48 792 863 761 tel./fax. 62 751 24 02 / (62) 30 70 666
www.admed.org.pl zamówienia: sklep@admed.org.pl klient@admed.org.pl