

**Formularz zgody na procedurę inwazyjną**

/ nie dotyczy zabiegu operacyjnego/

Pieczęć oddziału	<b>Dane pacjenta</b>	
	Nazwisko i imię .....	
	Data urodzenia .....	Płeć      K <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>

Data ..... **Wyrażam dobrowolnie zgodę** ☐ \*      **Nie wyrażam świadomie zgody** ☐ \*

na .....

.....  
(nazwa zabiegu, nazwa procedury medycznej lub nazwa leku)

Zostałem(am) poinformowany(a) o zasadach, sposobie przeprowadzania i ewentualnych następstwach proponowanego zabiegu / proponowanej procedury medycznej w tym o ryzyku wystąpienia zakażenia szpitalnego lub o celowości, działaniu i ewentualnych następstwach proponowanego leku. Miałem(am) możliwość zadawania lekarzowi pytań, na które otrzymałem(am) odpowiedzi.

.....  
podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego

.....  
pieczęć i podpis lekarza

Data ..... **Wyrażam dobrowolnie zgodę** ☐ \*      **Nie wyrażam świadomie zgody** ☐ \*

na .....

.....  
(nazwa zabiegu, nazwa procedury medycznej lub nazwa leku)

Zostałem(am) poinformowany(a) o zasadach, sposobie przeprowadzania i ewentualnych następstwach proponowanego zabiegu / proponowanej procedury medycznej w tym o ryzyku wystąpienia zakażenia szpitalnego lub o celowości, działaniu i ewentualnych następstwach proponowanego leku. Miałem(am) możliwość zadawania lekarzowi pytań, na które otrzymałem(am) odpowiedzi.

.....  
podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego

.....  
pieczęć i podpis lekarza

Data ..... **Wyrażam dobrowolnie zgodę** ☐ \*      **Nie wyrażam świadomie zgody** ☐ \*

na .....

.....  
(nazwa zabiegu, nazwa procedury medycznej lub nazwa leku)

Zostałem(am) poinformowany(a) o zasadach, sposobie przeprowadzania i ewentualnych następstwach proponowanego zabiegu / proponowanej procedury medycznej w tym o ryzyku wystąpienia zakażenia szpitalnego lub o celowości, działaniu i ewentualnych następstwach proponowanego leku. Miałem(am) możliwość zadawania lekarzowi pytań, na które otrzymałem(am) odpowiedzi.

.....  
podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego

.....  
pieczęć i podpis lekarza

\*właściwe zakreślić

# Formularz zgody na zabieg operacyjny

Pieczęć oddziału	Dane pacjenta		
	Nazwisko i imię .....		
	Data urodzenia .....	Płeć	K <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>

**WYRAŻAM ZGODĘ NA ZABIEG OPERACYJNY W TRYBIE**

**PILNYM**

**PLANOWYM**

\*

Ja, niżej podpisany(a) wyrażam zgodę na przeprowadzenie zabiegu operacyjnego

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

(nazwa zabiegu operacyjnego)

w tutejszym Szpitalu Powiatowym im. Marii Skłodowskiej - Curie w Ostrowi Mazowieckiej SPZZOZ przez zespół lekarzy wyznaczony przez ordynatora oddziału (lub osobę przez niego upoważnioną) o kwalifikacjach odpowiednich do rodzaju i spodziewanego stopnia trudności zabiegu.

**Oświadczam**, że zostałem(am) poinformowany(a) przez .....

(imię i nazwisko lekarza)

w sposób dla mnie zrozumiały, na czym ma polegać proponowany zabieg operacyjny, a także o możliwości wystąpienia i rodzaju powikłań zarówno typowych dla zabiegu, jak i tych, które są trudne do przewidzenia wcześniej i to zarówno w czasie zabiegu operacyjnego, jak i w okresie pooperacyjnym, w tym o ryzyku wystąpienia zakażenia szpitalnego.

Jednocześnie wyrażam zgodę na zmianę w czasie trwania zabiegu pierwotnie ustalonego zakresu zabiegu operacyjnego polegającego na jego zmniejszeniu lub rozszerzeniu, jeżeli będzie to uzasadnione wystąpieniem nieprzewidzianych okoliczności lub też koniecznością dostosowania tego zakresu do stwierdzonych śródoperacyjnie zmian chorobowych.

Niniejszym oświadczam również, że wyrażam zgodę\*, nie wyrażam zgody\* na przetoczenie krwi i / lub preparatów krwiopochodnych w razie zaistnienia takiej sytuacji.

Wyrażam także zgodę\*, nie wyrażam zgody\* na udzielenie informacji o stanie mojego zdrowia członkom mojej rodziny tj.:

.....

lub innym osobom tj.:

- w pełnym zakresie tj. z uwzględnieniem min. rozpoznania choroby, rodzaju dokonanej operacji i rokowania\*
- w zakresie ograniczonym do informacji dotyczących faktu przeprowadzenia operacji, stanu ogólnego i prognozy na najbliższe dni\*

Ostrów Mazowiecka, dnia .....

.....  
 podpis pacjenta/ opiekuna/ przedstawiciela ustawowego

.....  
 pieczęć i podpis lekarza

\*właściwe podkreślić