

Gabinet Ginekologiczny GYN-CARE

ul. Chodkiewicza 7 LU4

02-593 Warszawa

NIP 5211856611 REGON: 013275818

RPWDL: 000000101499

www.gyncare.pl e-mail: recepcja@gyncare.pl

NZOZ GYN-CARE

ul. Chodkiewicza 7 LU 4

02-593 Warszawa

REGON: 013275818-00035

RPWDL: 000000225549

tel. (22) 646 00 73, +48 605 425 200



Warszawa, dnia _____ r.

ZGODA NA ZABIEG OPERACYJNY / AMBULATORYJNY

Ja, niżej podpisana (nazwisko i imię) _____

Adres: _____

PESEL: _____

W przypadku braku numeru PESEL:

Data urodzenia: _____ Nazwa i numer dokumentu tożsamości: _____

1. Po rozmowie z lekarzem i uzyskaniu wszystkich informacji dotyczących ogólnego stanu mojego zdrowia, rozpoznaniu choroby, proponowanych oraz możliwych metod leczenia, przebiegu i czasu leczenia, celu i rodzaju zabiegu; typowych, przewidywalnych, możliwych powikłań; powikłań nietypowych; ryzyka zabiegu i jego następstw oraz przewidywanych wyników leczenia (rokowaniach), **wyrażam świadomą zgodę na w/w zabieg operacyjny/ambulatoryjny.**

Zostałem(am) poinformowany(a) o technice zabiegu, zaopatrzeniu pooperacyjnym (po zabiegu ambulatoryjnym), przebiegu proponowanego leczenia oraz innych sposobach leczenia.

Wyrażam również zgodę na inne procedury medyczne, które mogą być konieczne do przeprowadzenia w trakcie procesu diagnostycznego i operacyjnego, jak również na zastosowanie środków znieczulających miejscowo.

Zostałem(am) poinformowany(a) o możliwości wystąpienia powikłań proponowanej procedury medycznej.

- Ostateczną decyzję o działaniach śródoperacyjnych lekarz podejmuje dopiero podczas zabiegu, po odsłonięciu właściwych struktur wewnętrznych, ponieważ ich właściwości nie zawsze można stwierdzić na podstawie badania przedoperacyjnego.
- Proponowany zabieg jest opisywany i zalecany przez piśmiennictwo medyczne.
- Typowe powikłania, które mogą wystąpić w trakcie zabiegu lub po nim: spowolnienie lub brak wzrostu, miejscowe i ogólne stany zapalne, miejscowe i ogólne zakażenia, obrzęk, krwawienie, uszkodzenie struktur wewnętrznych, tworzenie blizn lub inne powikłania.
- Inne możliwe powikłania w/w procedury medycznej (wypełnia operator).

.....
.....

2. Oświadczam, że będę przestrzegał(a) wszelkich zaleceń pooperacyjnych, a o wystąpieniu wszelkich powikłań natychmiast poinformuję lekarza.

Własnoręcznie wypełnia pacjent (opiekun prawny):

.....

Przedstawiony dokument przeczytałem(am), treść otrzymanej informacji medycznej zrozumiałem(am).

Data i podpis Pacjentki

Oświadczenie Lekarza:

Potwierdzam, że pacjent (opiekun prawny) został poinformowany o ogólnym stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach leczenia, przebiegu i czasu leczenia, celu i rodzaju zabiegu, typowych przewidywalnych i możliwych powikłaniach mogących powstać w wyniku wykonywanego zabiegu jak również w trakcie innych procedur medycznych, powikłań nietypowych, ryzyku zabiegu i jego następstwach oraz przewidywanym wyniku leczenia.

(podpis i pieczętka lekarza, w obecności którego podpis złożyła Pacjentka (opiekun prawny))