

	<b>ZAŁĄCZNIK NR 1 – PROCEDURY PP5</b>		<b>NR – PP5/1 2013</b>	
	<b>ZGODA NA ZABIEG OPERACYJNY</b>			<b>Strona 1/1</b>
	Obowiązuje : <b>WSZYSTKIE KO SZPITALA</b>		DATA <b>1.04.2018</b>	<b>WYDANIE 4</b>

.....  
Piecątka Komórki Organizacyjnej  
Szpitala Rejonowego w Raciborzu

Nr Ks. Oddz.:

Imię i nazwisko pacjenta: .....data urodzenia.....

Zamieszkały:.....

Wyrażam zgodę na zabieg operacyjny:

Rodzaj planowanego zabiegu medycznego: .....

.....

Z powodu: .....

Oświadczam, że:

1. Zostałem, /am poinformowany/a o celu i skutkach zabiegu, który zostanie wykonany, jak również o możliwości powikłań i powikłań nietypowych.
2. Wyrażam również zgodę na inne procedury medyczne, które mogą być konieczne do wykonania w trakcie procesu diagnostycznego i zabiegu operacyjnego.
3. Wyrażam również zgodę na podanie miejscowo i ogólnie działających środków anestetycznych.
4. Rozumiem, że zabieg wiąże się z ryzykiem możliwości wystąpienia powikłań.
5. Zostałem, /am również poinformowany/a, że zespół operacyjny zostanie wybrany przez Kierownika Oddziału.

.....  
-----  
Data ( rok mc. dd.)      czytelny podpis Pacjenta

Podpis opiekuna prawnego ( w przypadku Pacjentów niepełnoletnich)\*

Wyrażam zgodę na zabieg operacyjny: .....

.....  
-----  
Data ( rok mc. dd.) czytelny podpis Opiekuna prawnego

Potwierdzam, że Pacjent został poinformowany o planowanym zabiegu, technice operacyjnej i powikłaniach mogących powstać w wyniku wykonywanego zabiegu.

.....  
-----  
Data ( rok mc. dd.)      Lekarz operujący pieczętka i podpis

\* W przypadku Pacjentów niepełnoletnich bezwzględnie wymagana jest zgoda jego Rodzica lub Opiekuna Prawnego.