

	ZAŁĄCZNIK NR 2 – PROCEDURY PP5		NR – PP5/2 2013
	ZGODA NA BADANIE DIAGNOSTYCZNE/ PROCEDURĘ MEDYCZNĄ		Strona 1/1
	Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA	DATA 1.04.2018	WYDANIE 4

Pieczętka Komórki Organizacyjnej
Szpitala Rejonowego w Raciborzu

Nr Ks. Oddz.:

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

Zamieszkały:.....

Wyrażam zgodę na proponowane mi badania diagnostyczne/ procedury medyczne wchodzące w skład kompleksowego leczenia, pielęgnowania, rehabilitacji;

Wyrażam również zgodę na inne procedury medyczne, na zabiegi z przerwaniem ciągłości tkanek (pobieranie krwi, wkłucie kaniuli, zastrzyki, kroplówki) w tym pobranie materiału biologicznego koniecznego do wykonania wszelkich badań związanych z procesem diagnostycznym oraz moim leczeniem;

Wyrażam zgodę na stosowanie u mnie koniecznych w procesie leczenia leków i materiałów medycznych oraz na konieczne i standardowo stosowane czynności pielęgnacyjne i opiekuńcze, na zabiegi rehabilitacyjne;

Zostałem,/am poinformowany/a o celowości badania diagnostycznego/ procedury medycznej, jak również o możliwości powikłań i powikłań nietypowych.

Jednocześnie oświadczam iż zostałem/am poinformowany iż wszelkie badania diagnostyczne , procedury medyczne i zabiegi operacyjne niosące za sobą podwyższone ryzyko zdrowotne(o czym zostaną powiadomiony/a przez lekarza prowadzącego/dyżurnego) będą wymagały mojej dodatkowej zgody.

Przeczytałem/łam, zrozumiałem/łam

_____ Data (rok mc. dd.)

.....
czytelny podpis Pacjenta

Podpis opiekuna prawnego (w przypadku Pacjentów niepełnoletnich, ubezwłasnowolnionych)*

.....

_____ Data (rok mc. dd.) czytelny podpis Opiekuna Prawnego

Potwierdzam, że Pacjent został poinformowany o planowanym badaniu diagnostycznym, wykonaniu procedury medycznej i powikłaniach mogących powstać w trakcie badania.

.....

_____ Data (rok mc. dd.) Lekarz oddziału pieczętka i podpis

* W przypadku pacjentów niepełnoletnich bezwzględnie wymagana jest zgoda jego Rodzica lub Opiekuna Prawnego, w przypadku pacjenta ubezwłasnowolnionego bezwzględnie wymagana jest zgoda Opiekuna prawnego