

	ZAŁĄCZNIK NR 5 – PROCEDURY PP5		NR – PP5/5 2013	
	ZGODA NA ZABIEG W WARUNKACH AMBULATORYJNYCH			Strona 1/1
	Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA		DATA 1.04.2018	WYDANIE 2

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

Nr Ks. Oddz.:

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

Zamieszkały:.....

Wyrażam zgodę na zabieg w warunkach ambulatoryjnych:

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.

.....

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.