

## ZGODA NA LECZENIE OPERACYJNE

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA .....

PESEL .....

1. Ja niżej podpisany wyrażam zgodę na proponowane leczenie operacyjne w City Clinic z powodu; .....

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie następujących procedur i zabiegów operacyjnych: .....

Wykonanych i nadzorowanych przez .....

2. Równocześnie wyrażam zgodę na wszelkie dodatkowe procedury medyczne jakie mogą okazać się konieczne i wskazane w ocenie personelu medycznego City Clinic w trakcie leczenia w szczególności wyrażam zgodę na ewentualną zmianę techniki operacyjnej i/lub zakresu zabiegu, jeżeli obraz śródoperacyjny będzie tego wymagał i będzie to z pożytkiem dla mojego zdrowia. W sytuacji wystąpienia u mnie w trakcie leczenia stanu ograniczenia świadomości uniemożliwiającego w pełni świadome podejmowanie decyzji, wyrażam też zgodę na wykonanie u mnie kolejnych procedur, które zespół City Clinic uzna za niezbędne dla mojego dalszego leczenia

3. Zostałem(am) poinformowany(na) przez swojego lekarza nadzorującego o:

- moim stanie zdrowia, rozpoznaniu, możliwościach i proponowanych metodach diagnostycznych i leczniczych, o dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania lub zaniechania, spodziewanym wyniku leczenia oraz rokowaniu. Lekarz nadzorujący wytłumaczył mi wyczerpująco naturę mojej choroby oraz przedstawił cel zabiegu, jak i możliwe powikłania oraz ryzyko związane z zaproponowanym leczeniem.
- Zostałem(am) również poinformowany(na) o alternatywnych metodach leczenia.

4. W trakcie rozmowy z lekarzem miałem(am) możliwość, zadania wszelkich pytań dotyczących leczenia i planowanego zabiegu operacyjnego. Wszystkie moje pytania i wątpliwości zostały wyjaśnione w sposób jasny i zadowalający.

## OŚWIADCZENIE RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO

*Jako rodzic/opiekun prawny dziecka wyrażam zgodę na przeprowadzenie wspomnianych powyżej badań i zabiegów u mojego dziecka/podopiecznego. Jednocześnie potwierdzam, że zostałem poinformowany o fakcie, że zabieg operacyjny lub zabiegi diagnostyczne u dziecka niepełnoletniego, lecz powyżej 16 roku życia, wymagają także zgody chorego.*

---

Miejscowość i data

---

Podpis rodzica / opiekuna prawnego

## OŚWIADCZENIE PACJENTA

*Niniejszym potwierdzam, iż przeczytałem uważnie i zrozumiałem treści zawarte w powyższym formularzu. Oświadczam również, iż natura mojego schorzenia, cel zaproponowanego zabiegu operacyjnego, oraz dające się przewidzieć ryzyko z nim związane oraz rokowanie, zostały mi wytłumaczone w sposób przystępny i zadowalający. Oświadczam także, że miałem możliwość zadawania pytań dotyczących stanu mojego zdrowia i planowanego leczenia operacyjnego.*

---

Miejscowość i data

---

Podpis pacjenta lub rodzica / opiekuna prawnego

## OŚWIADCZENIE LEKARZA

*Niniejszym potwierdzam, że poinformowałem wyczerpująco pacjenta o celu wyżej wymienionego zabiegu operacyjnego, jak i o ryzyku z nim związanym*

---

Miejscowość i data

---

Podpis i pieczęć lekarza