Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mogilnie
ul. Kościuszki 10, 88-300 Mogilno
sekretariat: tel. 52 315 25 15, fax 52 315 25 33
e-mail: sekretariat@mpcz.pl
www.mpcz.pl

Formularz Świadomej Zgody Pacjenta
na przeprowadzenie .....

Imię i nazwisko pacjenta: .....
Nr historii choroby: .....

1. Rodzaj schorzenia i konieczności operacji po szczegółowej analizie Pana/Pani przypadku proponujemy następującyzabieg operacyjny:
   .....
   .....
   alternatywne metody leczenia schorzenia to:
   .....
   .....
2. Możliwość wystąpienia powikłań:
   .....
   .....
3. Rozmowa z lekarzem: pacjent może zadać pytanie o wszystko co chciałby wiedzieć w związku z leczeniem.
4. Zastrzeżenia pacjenta co do proponowanego leczenia operacyjnego:
   .....
   .....
5. Konieczność zmiany lub rozszerzenia zabiegu operacyjnego występująca podczas jego trwania
   .....
   .....
6. Oświadczenie pacjenta:

„W pełni zrozumiałem informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem, oświadczam, że spełnione zostały moje wymagania co do informacji na temat: rozpoznania, metod diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć ich następstw, rokowania i powikłań związanych z tym zabiegiem".

Bez zastrzeżeń (lub z powyższymi zastrzeżeniami) zgadzam się na przeprowadzenie u mnie następującego zabiegu operacyjnego

.....

(rodzaj zabiegu)

oraz jego ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzenia operacji w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiegorozstroju zdrowia.

.....	.....	.....
data	podpis lekarza	(podpis pacjentki albo uprawnionego opiekuna)

Nie zgadzam się na proponowany mi zabieg operacyjny, zostałam poinformowana o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia

.....	.....	.....
data	podpis lekarza	(podpis pacjentki albo uprawnionego opiekuna)

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu:

.....