

**OŚWIADCZENIE**  
**ŚWIADOMA ZGODA NA ZABIEG CHIRURGICZNY**  
**LUB LECZENIE**

Imię i nazwisko pacjenta: .....

Adres zamieszkania: .....

Data urodzenia: .....PESEL : .....

Rodzaj planowanego zabiegu operacyjnego: .....  
.....

Rodzaj planowanego znieczulenia:.....

Ja niżej podpisana ..... /imię i nazwisko/,  
na podstawie art.32-35 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry  
(t. jedn. Dz.U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634 z późn. zm. oraz art. 16-18 Ustawy z dnia 6 listopada  
2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t. jedn. Dz.U. z 2012 r. poz. 159)  
wyrażam zgodę na wykonanie przez **dr Magdalenę Nowicką** i wybranych przez nią asystentów  
planowanego, wyżej opisanego zabiegu chirurgicznego.

Otrzymałam następujący zestaw informacji: Świadoma zgoda na operację, Ankieta  
anestezjologiczna, Wywiad epidemiologiczny, Świadoma zgoda na znieczulenie oraz Zalecenia  
pooperacyjne.

Oświadczam, że udzieliłam wyczerpujących i prawdziwych informacji o stanie mojego zdrowia,  
przebytych chorobach oraz stosowanych lekach, zgodnie z wypełnioną samodzielnie Ankieta  
anestezjologiczną i Wywiadem Epidemiologicznym.

Ponadto oświadczam, że zostałam w sposób wyczerpujący i w języku dla mnie zrozumiałym  
Poinformowana/y o :

1. Konieczności i sposobie przygotowania się do przeprowadzenia zabiegu, w tym  
o konieczności wcześniejszego zakończenia lub przerwania terapii jakiej jestem poddawana/y;
2. Rodzaju zabiegu, przewidywanym czasie trwania, sposobie znieczulenia oraz przewidywanym  
wyniku;

Podpis pacjentki/a

3. Typowych, najczęściej występujących powikłaniach wykonywanego zabiegu, zostałam/em również poinformowana/y o następstwach i powikłaniach rzadkich, których nie można wykluczyć.
4. Sposobie postępowania po przeprowadzeniu zabiegu operacyjnego, w tym o konieczności wdrożenia terapii farmakologicznej;
5. Typowych, najczęściej występujących powikłaniach wdrażanej terapii farmakologicznej;
6. Konieczności odbycia wizyt konsultacyjnych po przeprowadzeniu zabiegu;
7. Negatywnych następstwach i powikłaniach, które mogą wystąpić w związku ze spóźnionym zastosowaniem się do zaleceń lekarza.
8. Możliwości wystąpienia powikłań związanych z zabiegiem oraz przebiegiem gojenia, skutkach nie stosowania się do zaleceń lekarza,
9. Kosztach zabiegu i leczenia, które akceptuję.

Jestem świadoma, że możliwy do osiągnięcia efekt zabiegu, okres gojenia i skuteczność ewentualnej terapii pooperacyjnej nie mogą zostać określone w sposób ścisły, co wynika ze specyfiki planowanego zabiegu. Jestem również świadoma/y, że końcowy efekt zabiegu, jak również przebieg okresu pooperacyjnego są ściśle uzależnione od indywidualnego przypadku. Jestem ponadto świadoma/y, że ostateczny efekt zabiegu zależy od wielu czynników wymienionych w Informacji o zabiegu i m. in. od stanu mojego zdrowia, wieku, elastyczności skóry, indywidualnej reakcji skóry i całego organizmu na podane leki.

Przed przystąpieniem do zabiegu zostałam wyczerpująco i w zrozumiały dla mnie sposób poinformowana/y o tym, że końcowy efekt zabiegu nie jest identyczny w każdym przypadku i może odbiegać od efektów, które osiągnięto u innych pacjentek/ów.

Jestem świadoma/y, że w trakcie zabiegu, leczenia oraz znieczulenia mogą wystąpić nieprzewidziane okoliczności, których nieuwzględnienie mogłoby grozić niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia, wymagające przeprowadzenia dodatkowych zabiegów. Niniejszym zezwalam lekarzowi upoważnionemu do przeprowadzenia planowanego zabiegu wykonania dodatkowych zabiegów, które mogą okazać się niezbędne z uwagi na wyżej wymienione okoliczności. Zgoda wyrażona w tym paragrafie uwzględnia także wszelkie stany zdrowotne wymagające leczenia, nieznanego mojemu lekarzowi w czasie kiedy zabieg się rozpoczął.

Podpis pacjentki/a

Wyrażam zgodę na podanie mi zaproponowanych środków znieczulających, w tym na zasugerowane mi leczenie bólu pooperacyjnego. Rozumiem iż wszystkie formy znieczulenia są obarczone pewnym stopniem ryzyka i możliwością komplikacji, urazu a czasami także śmierci.

Oświadczam, że zapoznałam się z zaleceniami przed- i pooperacyjnymi. Niniejszym zobowiązuję się do przestrzegania wszelkich zaleceń lekarskich, w tym do zaleceń pooperacyjnych, które zostaną mi przedstawione na piśmie po dokonanym zabiegu, jak również do zgłaszania się na wskazane wizyty kontrolne w wyznaczonych terminach.

Oświadczam, że miałam możliwość zadawania lekarzowi pytań dotyczących planowanego zabiegu, możliwych komplikacji, ryzyka powikłań, dalszego leczenia, zaleceń pooperacyjnych, zaś odpowiedzi były dla mnie zrozumiałe i udzielone w sposób wyczerpujący. Zostałam ponadto poinformowana/y o alternatywnych metodach leczenia (nie wyłączając zaniechania leczenia) i alternatywnych zabiegach.

Oświadczam, że treść zgody została mi przedstawiona przed przystąpieniem do zabiegu, a czas, który upłynął między przekazaniem treści zgody a wykonaniem zabiegu był w zupełności wystarczający, abym mogła w sposób w pełni dla mnie zrozumiały zapoznać się z jej treścią.

Wyrażam zgodę na wykonanie stosownej dokumentacji związanej z zabiegiem, jak również na fotografowanie, utrwalanie przebiegu zabiegu za pomocą środków utrwalających obraz i dźwięk dla celów medycznych, naukowych lub edukacyjnych, z zastrzeżeniem, iż moja tożsamość nie zostanie ujawniona.

Zgadzam się, aby w trakcie wykonywania zabiegu obecne były osoby niezbędne do udzielenia niniejszego świadczenia oraz inne osoby, których uczestnictwo w zabiegu ma cel ściśle edukacyjny i polegać będzie wyłącznie na obserwacji zabiegu i zaznajamianiu się z dokumentacją z nim związaną.

Jestem świadoma, że podstawą roszczenia cywilnego przeciwko lekarzowi nie są przypadki, w których efekt zabiegu nie będzie pokrywał się ściśle z moimi oczekiwaniami, a jego przeprowadzenie i postępowanie po jego zakończeniu odpowiadało wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.

Wyrażam zgodę na pozbycie się, a co się z tym wiąże wywóz i utylizację sprzętu medycznego użytego podczas zabiegu oraz tkanek czy części ciała które zostały usunięte podczas zabiegu.

Oświadczam, iż wskazaną przeze mnie osobą do kontaktu jest .....  
nr telefonu ..... . Osoba ta ma pełne prawo do pozyskania informacji na temat planowanego zabiegu, stanu mojego zdrowia i rokowania oraz ma pełne prawo do pobierania kopii, odpisów i wyciągów z mojej dokumentacji medycznej.

Białystok, dnia .....

Podpis Pacjentki/ta

Podpis Lekarza