

**OŚWIADCZENIE I ZGODA PACJENTA NA ZABIEG**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

……………………………………………………………………

Imię i nazwisko pacjenta PESEL

………………………………………………………… ……………………

Oddział data

Oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/na przez ………………………………………

Imię i nazwisko lekarza

o potrzebie przeprowadzenia u mnie zabiegu, jako najkorzystniejszej dla mnie metody leczenia. Otrzymałem wszelkie informacje co do rodzaju zabiegu, a także innych metod leczenia. W trakcie rozmowy miałem/am możliwość zadania pytań dotyczących wszelkich interesujących mnie kwestii związanych z zabiegiem, ryzykiem zabiegu, okolicznościami przed i po zabiegowymi oraz związanym z nim ryzykiem. Uzyskałem/am wyczerpującą odpowiedź na wszystkie interesujące mnie pytania, zrozumiałem/am przebieg i cel leczenia. Nie mam więcej pytań.

Niniejszym wyrażam zgodę na przeprowadzenie zabiegu w postaci …………………

………………………………………. i upoważniam lekarzy do wykonania czynności, które

planowany zabieg

uznają za stosowne dla ratowania mojego zdrowia i życia w sytuacjach tego wymagających. Zgadzam się na uzasadnione medycznie zmiany lub rozszerzenie postępowania leczniczego. Udzieliłem/am prawdziwych informacji o stanie mojego zdrowia. Zobowiązuję się przestrzegać zaleceń po zabiegu.

W związku z udostępnieniem moich danych osobowych wyrażam zgodę na ich przetwarzanie w ALDEMED Centrum Medyczne. Zgoda na przetwarzanie obejmuje ponadto dane będące wynikiem przeprowadzonych badań. Jestem świadomy/a, ze moje dane osobowe są objęte tajemnicą lekarską.

……………………………...... ………………………………..

podpis lekarza przyjmującego zgodę podpis pacjenta