

**OŚWIADCZENIE ŚWIADOMEJ ZGODY PACJENTA**  
(lub jego przedstawiciela ustawowego)

.....  
Imię i nazwisko pacjenta 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

  
PESEL

.....  
Oddział nr księgi głównej nr księgi oddziałowej

I – wypełnia pacjent przy ustalaniu terminu przyjęcia do szpitala i przedkłada w izbie przyjęć w dniu przyjęcia

- 1) Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody \* na przyjęcie i pobyt na Oddziale Szpitalnym ALDEMED Centrum Medyczne w Zielonej Górze
- 2) Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody \* na umieszczenie moich danych osobowych na Sali chorych, w której będę przebywać
- 3) Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody \* na umieszczenie moich danych osobowych na tablicy na oddziale, na którym będę przebywać
- 4) Upoważniam do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i metodach leczniczych:

.....  
Imię i nazwisko, adres i numer telefonu osoby upoważnionej

- 5) Przypadku stanu wyłączającego moją świadomość lub zgonu wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody na udzielenie informacji i udostępnienie dokumentacji medycznej

.....  
Imię i nazwisko, adres i numer telefonu osoby upoważnionej

- 6) Udzieloną zgodę lub brak zgody można wycofać pisemnie na każdym etapie leczenia
- 7) Informacje wymienione wyżej w pkt. 1-6 przeczytałem/łam i zrozumiałem/łam

.....  
czytelny podpis pacjenta data  
lub jego przedstawiciela ustawowego

\* niepotrzebne skreślić

II - wypełnia pacjent w trakcie pobytu w szpitalu

- 8) Zostałem poinformowany / nie zostałem poinformowany \* o prawach pacjenta
- 9) Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody \* na leczenie. Zostałem poinformowany o swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.
- 10) Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody \* na zabiegi z przerwaniem ciągłości tkanek (pobieranie krwi, wyklucie kaniuli, zastrzyki, kroplówki)
- 11) Informacje wymienione wyżej w pkt. 8-10 przeczytałem/łam i zrozumiałem/łam

.....  
czytelny podpis pacjenta  
(lub jego przedstawiciela ustawowego)

.....  
data

III - wypełnia pacjent w trakcie pobytu w szpitalu w przypadku wykonywania innych badań niż wymienione w pkt. 10\*\*

- 12) Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody \* na transfuzję (przetoczenie krwi i jej preparatów. Przeczytałem/łam, zrozumiałem/łam

.....  
czytelny podpis pacjenta  
(lub jego przedstawiciela ustawowego)

.....  
data

- 13) Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody \* na badanie .....  
Zostałem poinformowany/na o celu badania, jego przebiegu i możliwościach wystąpienia powikłań. Przeczytałem/łam, zrozumiałem/łam  
wpisać jakie

.....  
czytelny podpis pacjenta  
(lub jego przedstawiciela ustawowego)

.....  
data

- 14) Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody \* na badanie.....  
Zostałem poinformowany/na o celu badania, jego przebiegu i możliwościach wystąpienia powikłań. Przeczytałem/łam, zrozumiałem/łam  
wpisać jakie

.....  
czytelny podpis pacjenta  
(lub jego przedstawiciela ustawowego)

.....  
data

\* niepotrzebne skreślić

\*\* nie dotyczy zgody na zabieg operacyjny