

Centrum Medyczne EUROMED

Formularz akceptacji

Zgoda pacjenta na badanie lub leczenie

Do zachowania wraz z kartą/historią choroby pacjenta

1. Dane pacjenta (lub etykieta informacyjna)

Nazwisko pacjenta _____

Imiona pacjenta _____

Data urodzenia _____

Lekarz prowadzący _____

Tytuł zawodowy _____

Numer rejestracyjny pacjenta (lub inny identyfikator) _____

Płeć: męska żeńska

Szczególne wymagania _____

(np. inny język/inna metoda porozumiewania się)

2. Nazwa proponowanego zabiegu lub leczenia

(należy dodać krótkie wyjaśnienie, jeżeli terminologia medyczna nie jest jasna)

3. Pytania zadane przez pacjenta

Podpis lekarza

Podpis pacjenta

Oświadczenie lekarza prowadzącego

(zgodnie z przepisami dotyczącymi zgody pacjenta, wypełnia pracownik służby zdrowia posiadający odpowiednią wiedzę na temat proponowanego zabiegu)

Wyjaśniłem pacjentowi, na czym polega proponowany zabieg. W szczególności poinformowałem go:
O ewentualnych korzyściach

O ewentualnych poważnych lub często występujących zagrożeniach

O wszelkich dodatkowych działaniach, jakie mogą okazać się konieczne podczas zabiegu

transfuzja krwi _____

inne działania (opis) _____

Omówiłem również ewentualny przebieg leczenia, korzyści i zagrożenia wynikające z innego rodzaju terapii (jak również z zaniechania leczenia). Omówiłem również z pacjentem jego szczególne obawy.

Dostarczono następującą broszurę/informację wizualną _____

Leczenie będzie wymagało:

Ogólnego i/lub innego znieczulenia Miejscowego znieczulenia

Podania środków uspokajających

Podpis _____ Data _____

Nazwisko (DRUKOWANYMI LITERAMI) ŚMIGIELSKI Tytuł: dr n. med.

Telefon kontaktowy (jeśli pacjent zechce omówić inne możliwości w późniejszym terminie)

601 365926

Oświadczenie tłumacza (jeżeli był potrzebny)

Przetłumaczyłem pacjentowi powyższe informacje jak najlepiej potrafiłem i w przystępny sposób.

Podpis _____ Data _____

Nazwisko (DRUKOWANYMI LITERAMI) _____

Pierwsza kopia przyjęta przez pacjenta: tak / nie (zakreślić właściwe)

Identyfikator/etykieta pacjenta: _____

Oświadczenie pacjenta

Przeczytaj uważnie ten formularz. Jeżeli leczenie było zaplanowane z góry, powinieneś już posiadać kopię drugiej strony, która informuje o korzyściach i zagrożeniach proponowanego leczenia. Jeżeli nie masz jeszcze tej kopii, otrzymasz ją teraz. Pytaj, jeśli masz jakieś wątpliwości – naszym zadaniem jest udzielenie Ci pomocy. Masz prawo zmienić zdanie w każdej chwili, nawet już po podpisaniu formularza.

Wyrażam zgodę na zabieg lub leczenie opisane w tym formularzu.

Przyjmuję do wiadomości, że będę miał/a sposobność do omówienia szczegółów znieczulenia z anestezjologiem przed zabiegiem, chyba że będzie to niemożliwe z powodu mego stanu.

(Dotyczy to tylko pacjentów otrzymujących ogólne lub inne znieczulenie wymagające anestezjologa.)

Przyjmuję do wiadomości, że wszelkie dodatkowe zabiegi oprócz wymienionych w formularzu zostaną przeprowadzone jedynie po to, by uratować mi życie lub zapobiec poważnemu zagrożeniu mego zdrowia.

Zostałem poinformowany/a o dodatkowych zabiegach, które mogą okazać się konieczne podczas leczenia. Poniżej wymieniam zabiegi, na które **nie wyrażam zgody** bez uprzedniego porozumienia.

Podpis pacjenta _____ Data _____

Nazwisko (DRUKOWANYMI LITERAMI). _____

Poniżej podpis świadka, o ile pacjent sam nie jest w stanie złożyć podpisu, ale wyraził zgodę. Młodzież/dzieci mogą również poprosić rodziców o podpis w tym miejscu).

Podpis świadka _____ Data _____

Nazwisko (DRUKOWANYMI LITERAMI) _____

Potwierdzenie zgody (wypełnia pracownik służby zdrowia po przyjęciu pacjenta na zabieg, o ile pacjent podpisał formularz z góry)

W imieniu zespołu prowadzącego leczenie stwierdziłem, że pacjent nie ma dalszych pytań i gotów jest poddać się leczeniu.

Podpis lekarza _____ Data _____

Nazwisko (DRUKOWANYMI LITERAMI) ŚMIGIELSKI Tytuł dr n. med.

Ważne punkty dodatkowe: (zaznacz właściwe)

np. formularz świadka Jehowy, osoba niepełnoletnia, inne _____

Pacjent wycofał zgodę (poproś pacjenta o złożenie w tym miejscu podpisu z datą)
