

# OŚWIADCZENIE PACJENTKI ŚWIADOMA ZGODA NA OPERACJĘ / ZABIEG W WARUNKACH AMBULATORYJNYCH ( Bez znieczulenia lub w znieczuleniu miejscowym)

Nazwisko i Imię : .....

Adres : .....

Data urodzenia : .....

Pesel: .....

## Rozpoznanie

.....  
.....  
.....

## Proponowany zabieg

.....  
.....  
.....

Stwierdzam, że przedstawiłem pacjentce planowany sposób leczenia operacyjnego/przeprowadzenia zabiegu oraz poinformowałem o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub w wyniku operacji (ew. znieczulenia miejscowego)

Podpis lekarza operującego: .....

## Oświadczenie pacjentki:

Oświadczam, że:

- Zapoznałam się ze szczegółowym opisem leczenia operacyjnego/zabiegu, jego celowością i oczekiwanym wynikiem oraz potencjalnymi zagrożeniami mogącymi wystąpić w wyniku w/w leczenia i zgadzam się na proponowane leczenie operacyjne
- Zgadzam się na operację/zabieg w ew. znieczuleniu miejscowym w trybie jednodniowym
- Zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie sposobu operacji w niezbędnym zakresie zgodnie z zasadami wiedzy medycznej jeśli będzie tego wymagała sytuacja powstała w wyniku procesu terapeutycznego.
- Zgadzam się na przeniesienie mnie do właściwego oddziału stacjonarnego zgodnie z decyzją lekarza, jeżeli wymagałby tego mój stan zdrowia.
- Stwierdzam, że uzyskałam wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania i proszę o wykonanie proponowanej zabiegu.

Ewentualne uwagi pacjentki

.....  
.....  
.....

data :

podpis pacjenta:

podpis i pieczęć lekarza :