

## Zgoda na wykonanie zabiegu operacyjnego

Imię i nazwisko													
Nr PESEL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Płeć	<input type="text"/> M	<input type="text"/> K*
Rozpoznanie													

## ZABIEG OPERACYJNY

Proponowany rodzaj zabiegu
Cel wykonania zabiegu
Lekarz przeprowadający
Planowana data wykonania
Możliwe zmiany lub rozszerzenia zabiegu
Możliwe powikłania i następstwa przeprowadzenia zabiegu
Następstwa zaniechania proponowanego zabiegu
Inne istotne kwestie

## OŚWIADCZENIE PACJENTA

Niniejszym oświadczam, że lekarz prowadzący udzielił mi wyczerpujących informacji o moim stanie zdrowia i rozpoznany schorzeniu, proponowanej metodzie leczenia (w tym o sposobie przeprowadzenia i przebiegu zabiegu operacyjnego) oraz możliwych powikłań i następstw związanych z przeprowadzeniem zabiegu operacyjnego (w tym o ewentualnych dolegliwościach bólowych i zakażeniach). Oświadczam również, że miałem/am możliwość zadawania pytań dotyczących przebiegu leczenia, udzielenia świadczeń alternatywnych oraz możliwych powikłań związanych z przeprowadzeniem zabiegu, a udzielone mi odpowiedzi były dla mnie zrozumiałe i w pełni satysfakcjonujące.

**Wobec braku pytań i wątpliwości, udzielam zgody na przeprowadzenie określonego powyżej zabiegu operacyjnego spółce REHASPORT CLINIC Sp. z o. o. w Poznaniu oraz prowadzonemu przez tę spółkę NZOZ REHASPORT CLINIC w Poznaniu, a także lekarzom zatrudnionym i współpracującym z w/w spółką/zakładem.**

Jednocześnie oświadczam, że udzielono mi wyczerpujących i w pełni zadowalających informacji dotyczących skutków nieprzeprowadzenia w/w zabiegu operacyjnego i metody leczenia lub diagnostyki, w tym w szczególności o możliwych powikłaniach i dolegliwościach bólowych mogących wystąpić w przyszłości. Do przekazanych wyjaśnień nie mam żadnych pytań.

\* Niniejszym oświadczam, że lekarz prowadzący udzielił mi wyczerpujących informacji dotyczących leczenia z zastosowaniem radiologii zabiegowej. Przyjmuję do wiadomości, iż warunkiem wykonania procedury z zakresu radiologii zabiegowej jest możliwe wyłącznie po uzyskaniu przeze mnie negatywnego testu ciężowego przeprowadzonego bezpośrednio przed zabiegiem.

Imię i nazwisko Pacjenta	Miejscowość i data	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Podpis Pacjenta	Podpis opiekuna prawnego	Pieczętka i podpis lekarza