



SPZZLO Warszawa – Żoliborz

Zespół Lecznictwa Ambulatoryjnego Żoliborza Bielani i Łomianek - świadczenia komercyjne

01-637 Warszawa, ul. Szajnochy 8

KR 000000007158 Regon 000314098-00051, NIP 525-21-38-611

Przychodnia Klaudyny - Pracownia endoskopowa

01-684 Warszawa ul. Klaudyny 26B (V)28 (VII) 227(VIII)7910

tel. 22 833 00 00; endoskopia@spzzlo.pl

F-01 do POZ.B07-15
Wyd.01 z 01.03.2019r.

ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA

NA BADANIE GASTROSKOPII

POTWIERDZENIE UZYSKANIA INFORMACJI DOTYCZĄCYCH BADANIA

Imię i Nazwisko Pacjenta składającego oświadczenie

Adres do korespondencji

telefon

PESEL

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

Działając na podstawie przepisów rozdziału 5 Ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2009 nr 52 poz. 417 z późn. zm.) oświadczam, że wyrażam zgodę na wykonanie

GASTROSKOPII

1. Oświadczam, że zostałam(em) poinformowana(y) o przeciwwskazaniach do przeprowadzenia w/w badania, sposobie jego przeprowadzenia, wszelkich dających się przewidzieć następstwach i powikłaniach.
2. Poinformowano mnie szczegółowo i zrozumiale o sposobie postępowania po wykonaniu badania gastrokopii, w tym o konieczności ograniczenia/wyeliminowania niektórych zachowań, używek, leków i innych aktywności.
3. Przed rozpoczęciem badania GASTROSKOPII udzieliłam(em) pełnych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego odnośnie stanu zdrowia, przyjmowanych leków oraz przebytych urazów i zabiegów.
4. Poinformowano mnie, że zatajenie lub przekazanie nieprawdziwych informacji na temat stanu zdrowia, przyjmowanych leków, przebytych urazów i zabiegów traktowane jest, jako przyczynienie się pacjenta do powstania szkody w procesie leczenia.
5. Informacja przekazana przez lekarza przed przystąpieniem do wykonania czynności diagnostycznej była dla mnie w pełni jasna i zrozumiała. W trakcie rozmowy z lekarzem miałam(em) możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanej diagnostyki.

6. Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, że każde świadczenie zdrowotne pociąga za sobą ryzyko powikłań, które mogą wystąpić nawet przy zachowaniu najwyższych standardów w zakresie wiedzy, umiejętności i opieki zdrowotnej.
7. Zostałam/em/ poinformowana/y o ewentualnej konieczności pobrania wycinków do badania histopatologicznego i w razie potrzeby zobowiązuję się pokryć koszty tej procedury. Niniejszym upoważniam SPZZLO Warszawa - Żoliborz z siedzibą w Warszawie do wystawienia faktury bez mojego podpisu na kwotę związaną z w/w diagnostyką.
8. Nie mam więcej pytań ani żadnych wątpliwości.
9. Oświadczam, że zapoznałam(em) się z powyższym tekstem i wyrażam świadomą zgodę na wykonanie GASTROSKOPII.

data, podpis pacjenta

data, podpis rodzica/opiekuna prawnego*

*Uwaga! W przypadku pacjenta do 16 roku życia, oświadczenie podpisuje rodzic/opiekun prawny, w przypadku pacjenta pomiędzy 16-tym a 18-tym rokiem życia oświadczenie podpisuje pacjent oraz jego rodzic/opiekun prawny.

Potwierdzam, że Pacjent został poinformowany o planowanym świadczeniu zdrowotnym, celu, przebiegu i powikłaniach mogących powstać w wyniku udzielenia świadczenia zdrowotnego, jak również w trakcie innych towarzyszących czynności medycznych.

data, pieczętka i podpis lekarza