



## 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-02 do POZ.BO7-15  
Wyd.01 z 01.03.2019r.

## ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA

### NA BADANIE KOLONOSKOPII

#### 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. z 2018 r., poz. 617 z późn. zm.) oświadczam, że wyrażam zgodę na wykonanie **KOLONOSKOPII**.

1. Oświadczam, że zostałam(em) poinformowana(y) o wskazaniach oraz 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 kolonoskopii. Przed rozpoczęciem badania KOLONOSKOPII udzieliłam(em) pełnych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego odnośnie stanu zdrowia, przyjmowanych leków oraz przebytych urazów i zabiegów.
3. 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.
4. Informacja przekazana przez lekarza przed przystąpieniem do wykonania czynności diagnostycznej była dla mnie w pełni jasna i zrozumiała.
5. 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.

6. 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.
7. W trakcie rozmowy z lekarzem miałam(em) możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanej diagnostyki. Oświadczam, że zapoznałam(em) się z powyższym tekstem i wyrażam świadomą zgodę na wykonanie KOLONOSKOPII.

---

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