



Warszawa, dnia ..... r.

\_\_\_\_\_  
Imię i Nazwisko Pacjenta składającego oświadczenie

\_\_\_\_\_  
Nr PESEL

\_\_\_\_\_  
Adres zameldowania

## **ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA ZABIEG FOTOKOAGULACJI LASEROWEJ SIATKÓWKI**

Działając na podstawie przepisów rozdziału 5 Ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r. poz. 1318 ze zm.) oświadczam, że wyrażam zgodę na wykonanie

### **FOTOKOAGULACJĘ LASEROWĄ SIATKÓWKI OKA**

Zostałam(em) poinformowana(y) o przeciwwskazaniach do przeprowadzenia w/w leczenia, sposobie przeprowadzenia zabiegu, wszelkich dających się przewidzieć następstwach i powikłaniach, a także o "długoterminowych" skutkach wykonanej czynności.

Zostałam(em) poinformowany również o tym, iż ze względu na istotę choroby, leczenie może wymagać kilku/kilkunastu zabiegów w różnych: odstępach czasowych.

Poinformowano mnie szczegółowo i zrozumiale o sposobie postępowania po wykonaniu fotokoagulacji laserowej siatkówki, w tym o konieczności ograniczenia/wyeliminowania niektórych zachowań, używek, leków i innych aktywności.

Uzyskałam(em) również informacje na temat konieczności odbycia wizyt kontrolnych po wykonaniu zabiegu fotokoagulacji laserowej siatkówki oraz konieczności rozpoczęcia/kontynuowania terapii farmakologicznej zmniejszającej ryzyko wystąpienia negatywnych następstw lub powikłań, jeśli takie leczenie zostanie zalecone.

Przed rozpoczęciem zabiegu laserowego udzieliłam (em.) pełnych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego odnośnie stanu zdrowia, przyjmowanych leków oraz przebytych urazów i zabiegów.

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.



Informacja przekazana przez lekarza przed przystąpieniem do wykonania czynności diagnostycznej/inwazyjnej była dla mnie w pełni jasna i zrozumiała.

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

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.

Nie mam więcej pytań ani żadnych wątpliwości.

---

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