



Warszawa, dnia r.

Imię i Nazwisko Pacjenta składającego oświadczenie

Nr PESEL

Adres zameldowania

ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA BADANIE SIGMOIDOSKOPII

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

SIGMOIDOSKOPII

Zostałam(em) poinformowana(y) o wskazaniach oraz przeciwwskazaniach do przeprowadzenia w/w badania, sposobie jego przeprowadzenia, wszelkich dających się przewidzieć następstwach i powikłaniach.

Poinformowano mnie szczegółowo i zrozumiale o sposobie postępowania po wykonaniu badania SIGMOIDOSKOPII.

Przed rozpoczęciem badania SIGMOIDOSKOPII 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 była dla mnie w pełni jasna i zrozumiała.

Zostałam/am/ poinformowany/a 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.



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 SIGMOIDOSKOPII.

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