

1710

Pieczęć Oddziału / Poradni

INFORMACJA DLA PACJENTA

ORAZ

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA DIAGNOSTYKĘ INWAZYJNĄ

Imię i Nazwisko Pacjenta

PESEL - - - - - data urodzenia

1. RODZAJ BADANIA DIAGNOSTYCZNEGO

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań rozpoznano u Pana / Pani (istnieje u Pana / Pani podejrzenie):

W celu postawienia diagnozy i ustalenia odpowiedniego leczenia zdecydowano o konieczności wykonania u Pana / Pani badania:

polegającego na:

Alternatywne metody diagnostyczne:**2. MOŻLIWOŚCI WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ**

Żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować całkowitego braku ryzyka związanego z badaniem diagnostycznym inwazyjnym. Powikłania związane z tym badaniem mogą między innymi polegać na:

3. ROZMOWA Z LEKARZEM

Prosimy, aby Pan /Pani zapytał /ła nas o wszystko co chciałby /aby Pan /Pani wiedzieć w związku z planowanym badaniem diagnostycznym. Wszelkie informacje dodatkowe dotyczące planowanego badania oraz wszelkie oczekiwane przez Pana /Panią wyjaśnienia można uzyskać u każdego lekarza specjalisty zatrudnionego w naszym Oddziale /Poradni. Chętnie odpowiemy na wszystkie Pana /Pani pytania.

ZASTRZEŻENIA PACJENTA CO DO PROPONOWANEGO BADANIA (w razie braku zastrzeżeń proszę wpisać „bez zastrzeżeń”)

4. OŚWIADCZENIE PACJENTA

W pełni zrozumiałem/łam informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący. Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z Panem/Panią spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat:

- rozpoznania
- proponowanych oraz alternatywnych metod diagnostycznych i leczniczych
- dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania

Znane mi są możliwe powikłania związane z tym badaniem.

Oświadczam, że o ile mi wiadomo to nie jestem uczulony/na na leki, środki kontrastowe, preparaty diagnostyczne.

**Zgadzam się
na przeprowadzenie u mnie następującego badania diagnostycznego inwazyjnego**

.....
rodzaj badania
**oraz na zastosowanie procedur medycznych, które okażą się niezbędne
w trakcie przeprowadzania badania w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia,
ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.**

.....
data

.....
pieczętka i podpis lekarza

.....
czytelny podpis pacjenta albo uprawnionego opiekuna

**Nie zgadzam się na proponowane mi badanie diagnostyczne.
Zostałem /I am poinformowany /na o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji
dla mojego zdrowia i życia.**

.....
data

.....
pieczętka i podpis lekarza

.....
czytelny podpis pacjenta albo uprawnionego opiekuna

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu:*

- ☐ chory nieprzytomny
☐ chory przytomny, ale w stanie bardzo ciężkim uniemożliwiającym złożenie własnoręcznego podpisu (po przeczytaniu zgody przez lekarza chory wyraża zgodę na proponowane badanie diagnostyczne ze wszystkimi zastrzeżeniami)

.....
Data, pieczętka i podpis dwóch lekarzy, którzy stwierdzili konieczność wykonania badania

*zaznaczyć właściwe