

Imię i Nazwisko Pacjenta.....

PESEL - - - - - data urodzenia

.....

Data

.....

Czytelny podpis pacjenta lub ustawowego przedstawiciela

[] chory przytomny, ale w stanie uniemożliwiającym złożenie własnoręcznego podpisu (po przeczytaniu zgody przez lekarza, chory wyraża zgodę na transfuzję ze wszystkimi zastrzeżeniami)

.....

Data

.....
pieczętka i podpis lekarza oraz świadka (lekarz / pielęgniarz)

**ODMOWA
ZGODY NA TRANSFUZJĘ KRWI
(preparatów krwiopochodnych)**

Pieczętka oddziału

Imię i Nazwisko Pacjenta.....

PESEL - - - - - - - - - - data urodzenia

Oświadczam, że świadomie i dobrowolnie nie wyrażam zgody na transfuzję krwi (preparatów krwiopochodnych) pomimo, że według informacji uzyskanych od lekarza stwarza to zagrożenie dla mojego zdrowia, a nawet utratę życia.

Na moje pytania lekarzudzielił mi wyczerpujących i zrozumiałych odpowiedzi.

.....
Data

.....
Czytelny podpis pacjenta lub ustawowego przedstawiciela

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu (*właściwie zaznaczyć*):

☐ chory nieprzytomny

☐ chory przytomny, ale w stanie uniemożliwiającym złożenie własnoręcznego podpisu (po przeczytaniu odmowy zgody przez lekarza, chory nie wyraża zgody na transfuzję ze wszystkimi zastrzeżeniami)

Byłem/am obecny/a podczas wyjaśniania wyżej podanej informacji osobie, której podpis widnieje powyżej.
W moim przekonaniu osoba ta zrozumiała jej treść oraz udzielonych odpowiedzi na wszystkie zadane pytania

.....
Data

.....
pieczętka i podpis lekarza oraz świadka (lekarz / pielęgniarka)