…………………….………………………………………

PIECZĄTKA KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Imię ………………………………… Nazwisko ……………………………………………………

**OŚWIADCZENIE PACJENTA**

Niniejszym oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a) o celu proponowanego zabiegu diagnostycznego / terapeutycznego, jego skutkach oraz o ryzyku wystąpienia powikłań z nim związanych:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(wymienić możliwe do wystąpienia powikłania)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Zrozumiałem(am) wyjaśnienia lekarza związane z proponowanym postępowaniem i nie mam więcej pytań.

Ponadto przyjąłem (przyjęłam) do wiadomości, że nie wolno w tym okresie prowadzić pojazdów mechanicznych oraz wykonywać prac wymagających szczególnej uwagi. Jestem także świadomy(a), że w okresie 48 godz. po zabiegu diagnostycznym / terapeutycznym nie powinienem (nie powinnam) podejmować ważnych decyzji życiowych. Do miejsca zamieszkania udam się z osobą towarzyszącą i będę się znajdować pod jej opieką do 24 godz. Oświadczam, że zapoznałem(am) się z zaleceniami lekarzy i będę ich przestrzegać.

………………………………………………………….

data, czytelny podpis pacjenta

………………………………………………………….

data, czytelny podpis opiekuna

**ZGODA PACJENTA**

Ja niżej podpisany wyrażam zgodę na przeprowadzenie zabiegu diagnostycznego/terapeutycznego w trybie ambulatoryjnym/ chirurgii jednego dnia:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(rodzaj zabiegu / badania diagnostycznego)

Wyrażam także zgodę na inne procedury medyczne, które mogą okazać się konieczne do wykonania w trakcie zabiegu diagnostycznego/terapeutycznego. W pełni zrozumiałem(am) wyjaśnienia lekarza związane z proponowanym postępowaniem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadawania pytań, na wszystkie udzielono mi wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący.

…………………………………………………………. ………………………………………………………….

data, podpis i pieczątka lekarza data, czytelny podpis pacjenta

………………………………………………………….

data, czytelny podpis opiekuna