

000000025372 - 03 .....  
(kod identyfikacyjny) (nazwa jednostki organizacyjnej)  
000000025372 - .. .....  
(kod identyfikacyjny) (nazwa komórki organizacyjnej)



**CENTRUM LECZENIA  
WAD I ZABURZEŃ ROZWOJOWYCH**  
ul. Warszawska 197 D, Babice Nowe 05-082  
nr telefonu: 22 827 48 22, 22 350 47 05  
(pieczęć świadczeniodawcy)

## Świadoma zgoda na operację pacjenta

### WYPEŁNIA FORMMED

Nr karty: ..... Nr Księgi Głównej Przyjęć i Wypisów: .....

Nazwisko i imię pacjenta: .....

Data urodzenia: .....

Ropoznanie: .....

Planowany zabieg operacyjny: .....

Stwierdzam, że przedstawiłam/łem pacjentowi planowany sposób leczenia chirurgicznego oraz poinformowałam/łem o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub w wyniku operacji.

.....  
podpis lekarza operującego

### WYPEŁNIA PACJENT

#### Oświadczenie pacjenta:

1. Udzieliłam/łam lekarzowi wszystkich informacji o stanie zdrowia mogących mieć znaczenie dla leczenia.
2. Zapoznałam/łam się ze szczegółową informacją dotyczącą leczenia operacyjnego, jego celowością i oczekiwanym wynikiem oraz potencjalnymi zagrożeniami mogącymi wystąpić w wyniku w/w leczenia i zgadzam się na proponowane leczenie chirurgiczne.
3. Zgadzam się na operację w znieczuleniu: ogólnym/przewodowym w trybie jednodniowym.
4. Zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie sposobu operacji, w trakcie jej wykonywania, w niezbędnym zakresie, zgodnie z zasadami wiedzy medycznej jeśli będzie tego wymagała sytuacja.
5. W przypadku przeprowadzenia operacji zgodnie z zasadami, a nie uzyskania spodziewanego przeze mnie wyniku nie będę wnosił żadnych roszczeń w stosunku do lekarzy przeprowadzających zabieg.
6. Zgadzam się na przeniesienie mnie do właściwego oddziału szpitalnego zgodnie z decyzją lekarza operującego lub lekarza anestezjologa, jeżeli wymagałby tego stan mojego zdrowia po operacji.
7. Stwierdzam, że uzyskałam/-am wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania i proszę o wykonanie proponowanej operacji.
8. Podejmuję dobrowolną decyzję na odpłatne wykonanie operacji w Formmed.
9. Wyrażam zgodę na wykonanie medycznej dokumentacji, w tym również fotograficznej i opublikowanie jej w naukowym piśmiennictwie w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta.

Ewentualne uwagi pacjenta: .....

.....  
podpis i pieczęć lekarza

.....  
podpis pacjenta

Babice Nowe, dnia.....r.