

SZPITAL .....

(nazwa jednostki organizacyjnej)

000000025372-03

(kod identyfikacyjny)

ODDZIAŁ CHIRURGII .....

(nazwa komórki organizacyjnej)

000000025372 - - - -

(kod identyfikacyjny)



CENTRUM LECZENIA  
WAD I ZABURZEŃ ROZWOJOWYCH

ul. Warszawska 197 D, Babice Nowe 05-082

nr telefonu: 22 827 48 22, 22 350 47 05,

kom: 606 388 973, fax: 22 350 47 06

e-mail: formmed@formmed.com.pl

(pieczęć świadczeniodawcy)

## Świadoma zgoda na operację pacjenta małoletniego

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

Nazwiska i imiona opiekunów prawnych: .....

(obojga rodziców)

Nazwisko i imię pacjenta: .....

Data urodzenia: .....

Ropoznanie: .....

Planowany zabieg operacyjny: .....

Stwierdzam, że przedstawiłem/łam pacjentowi/opiekunowi planowany sposób leczenia chirurgicznego oraz poinformowałem/łam o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub w wyniku operacji.

.....  
podpis lekarza operującego

### Oświadczenie pacjenta/opiekunów prawnych:

- Udzieliłem/łam lekarzowi wszystkich informacji o stanie zdrowia pacjenta mogących mieć znaczenie dla leczenia.
- Zapoznałem/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.
- Zgadzam się na operację w znieczuleniu ogólnym/przewodowym w trybie jednodniowym.
- Zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie sposobu operacji, w trakcie jej wykonywania, w niezbędnym zakresie, zgodnie z zasadami wiedzy medycznej jeśli będzie tego wymagała sytuacja.
- 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.
- Zgadzam się w razie potrzeby ratowania życia czy zdrowia na przetoczenie krwi i jej preparatów.
- Zgadzam się na przeniesienie mnie/mojego dziecka do właściwego oddziału stacjonarnego zgodnie z decyzją lekarza operującego lub lekarza anestezjologa, jeżeli wymagałby tego stan mojego/jego zdrowia po operacji.
- Podejmuję dobrowolną decyzję na odpłatne wykonanie operacji w Formmed.
- Stwierdzam, że uzyskałem/-am wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania i proszę o wykonanie proponowanej operacji.
- Wyrażam zgodę na wykonanie medycznej dokumentacji, w tym również fotograficznej i opublikowanie jej w naukowym piśmiennictwie w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta.

Ewentualne uwagi pacjenta/opiekunów prawnych: .....

.....  
podpis i pieczęć lekarza

.....  
podpis pacjenta/opiekunów prawnych

Babice Nowe, dnia.....r.

wypełnia Formmed

wypełnia opiekun prawny

Uśmiech każdego dnia!