

Zostałem(am) poinformowany(a):

1. o technice zabiegu i szczegółowo zaznajomiony(-a) z całym przebiegiem proponowanego leczenia, a także o tym, że zabieg wykonywany będzie w znieczuleniu miejscowym lub ogólnym.
1. o ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań (w trakcie lub po zabiegu), takich jak: obrzęk, krwawienie, stany zapalne tkanek miękkich i kości, krwiak, utrudnione gojenie się rany, artrofibroza, uszkodzenie kości, naczyń i nerwów, brak zrostu kostnego, destabilizacja zespolenia, ograniczenie ruchomości lub przykurcze stawów, przemieszczenie odłamów, zaburzenie wzrostu kostnego, zator, zakrzep, zakażenie, zakrzepica żył, martwica, powierzchniowe infekcje powodujące przedłużone gojenie się rany mogące wymagać stosowania miejscowego lub ogólnego antybiotyku, ryzyko wystąpienia zaburzeń ruchowych i/lub czuciowych w tym o charakterze zaburzeń czucia powierzchniowego, głębokiego drętwienia oraz mrowienia,
2. o niekorzystnym wpływie palenia tytoniu na ostateczny wynik gojenia rany
3. o wskazaniach odnośnie postępowania po zabiegu, a w szczególności o:
 - a) zakazie podejmowania większego wysiłku fizycznego do odwołania według zaleceń lekarza
 - b) zakazie prowadzenia pojazdów mechanicznych do odwołania według zaleceń lekarza
 - c) zakazie picia alkoholu i palenia tytoniu do odwołania według zaleceń lekarza
 - d) konieczności przyjmowania przez pacjenta leków,
 - e) konieczności oszczędnego trybu życia i odciążenia miejsca/ kończyny poddanej zabiegowi do odwołania według zaleceń lekarza
 - f) konieczności zachowania aseptyki rany po zabiegu,
 - g) wizytach kontrolnych, na które pacjent musi się zgłaszać w wyznaczonych przez lekarza terminach,
 - h) konieczności ścisłego przestrzegania zaleceń dotyczących ewentualnej zmiany opatrunku w warunkach ambulatoryjnych lub domowych,

4. o wszystkich możliwych powikłaniach, które mogą wystąpić w wyniku mojego zabiegu,
5. o kosztach leczenia, które akceptuję (z wyłączeniem świadczeń w ramach NFZ).

Powyższe zasady przeczytałam/em i zrozumiałam/em, uzyskałam/em również wszelkie wyjaśnienia dotyczące leczenia w moim przypadku. Zostałam/em poinformowana/y o alternatywnych możliwościach leczenia, z zaniechaniem leczenia włącznie. Zostałam/em poinformowana/y o ryzyku towarzyszącym innym metodom leczenia i konsekwencjach wynikających z zaniechania leczenia. Zrozumiałam/em i akceptuję wystąpienie możliwych powikłań połączonych z przeprowadzeniem zabiegu. Potwierdzam, że zapoznałam/em się z wykazem zaleceń pooperacyjnych i jestem w pełni świadoma/y konieczności ich przestrzegania. Mogłam/em zapytać o wszystko, co jest dla mnie ważne – rodzaj i znaczenie zabiegu, ryzyko w moim przypadku i możliwe powikłania, jak i o ewentualne zabiegi dodatkowe, których przeprowadzenie może być konieczne i ryzyko z nimi związane. Jestem świadoma/y braku gwarancji całkowitego powodzenia leczenia. Nie mam dalszych pytań, udzielono mi wyczerpujących wyjaśnień i niniejszym wyrażam po namyśle świadomą zgodę na planowany zabieg. Zgadzam się na ewentualne zabiegi dodatkowe: założenie wkłucia centralnego, poszerzenie zakresu zabiegu z powodów stwierdzonych w trakcie procedury, przetoczenie krwi oraz produktów krwiopochodnych, wykonanie inwazyjnych badań diagnostycznych (np. gazometria) lub obrazowych (bez- i z użyciem kontrastu). Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych, pozytywne efekty leczenia nie są zagwarantowane. Ponadto, zabieg wykonywany jest w celu usunięcia konkretnego problemu i może nie wyeliminować innych ukrytych problemów.

.....
Pieczętka i podpis lekarza

.....
Data i Podpis pacjenta (opiekuna prawnego)

Pacjenci, którzy ukończyli 16 lat są zobowiązani do dokładnego zapoznania się z treścią i podpisania wszystkich dokumentów wraz z opiekunem prawnym.

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Dane Pacjenta (rodzica, opiekuna prawnego):

.....
(imię i nazwisko, PESEL)

Jeśli oświadczenie wypełnia opiekun prawny Pacjenta, należy podać dane Pacjenta:

.....
(imię i nazwisko, PESEL)

Wyrażam zgodę na przesyłanie dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby na wskazany przeze mnie adres e-.....

.....
(Proszę wypełniać drukowanymi literami. Placówka nie ponosi winy za błędne podanie adresu e-mail)

Do uzyskania informacji o udzielanych świadczeniach oraz do dokumentacji medycznej we wszystkich dopuszczalnych formach upoważniam:

Nie upoważniam nikogo

1.

upoważnienie do informacji o stanie zdrowia pacjenta; upoważnienie do dokumentacji medycznej

.....
(imię i nazwisko, adres zamieszkania)

.....
(numer telefonu, adres e-mail)

2.

upoważnienie do informacji o stanie zdrowia pacjenta; upoważnienie do dokumentacji medycznej

.....
(imię i nazwisko, adres zamieszkania)

(numer telefonu, adres e-mail)

Data i podpis

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (danych osobowych pacjenta) przez niniejszy zespół medyczny, niezbędne dla potrzeb realizacji świadczonych usług medycznych, zgodnie z przepisami ustawy z 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2018 poz. 1000 ze zm.).

Zostałam/-em poinformowana/-y o prawie dostępu do treści ww. danych oraz o prawie do ich poprawiania, aktualizowania, uzupełniania i usuwania.

Data i podpis