



Warszawa, dnia

ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA LECZENIE OPERACYJNE

Imię i nazwisko pacjenta

nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Diagnoza.....

Plan leczenia operacyjnego

Zgodnie z art. 32 – 35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2008 nr 136 poz. 857 z późn. zm) oraz art. 16 -18 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 r. Nr 52 poz. 417 z późn. zm.) wyrażam zgodę na leczenie z zakresu chirurgii ortopedycznej w TRIGON ORTHOPEDIA S.C.

Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia. O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego. Przyjmuję do wiadomości, że w/w dane są poufne.

Wyrażam zgodę na wykonanie audiowizualnego zapisu mojej operacji i wykorzystania go do celów dokumentacji medycznej oraz dokumentacji naukowej.

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.

2. o ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań (w trakcie lub po zabiegu), takich jak: obrzęk, krwawienie, stany zapalne tkanek miękkich i kości, utrudnione gojenie się rany operacyjnej, artrofibroza, uszkodzenie kości, naczyń i nerwów, krwiak, brak zrostu kostnego, destabilizacja zespolenia, ograniczenie ruchomości lub przykurcze stawów, przemieszczenie odłamów, zaburzenie wzrostu kostnego, zator, zakrzep, zakażenie, zakrzepica żył, martwica fragmentu kości, 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.
3. zwiększonym ryzykiem wystąpienia powikłań i infekcji u osób starszych, otyłych, chorujących na cukrzycę, uogólnioną chorobę nowotworową przyjmujących przewlekłe leki sterydowe.
4. o tym, że w przypadku niedostatecznego przestrzegania zaleceń po leczeniu operacyjnym może dojść do stanu zapalnego tkanek w szczególności do stanu zapalnego kości i w konsekwencji do konieczności dodatkowego leczenia i zabiegów operacyjnych.
5. o niekorzystnym wpływie palenia tytoniu na ostateczny wynik gojenia rany
6. 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 operowanego miejsca/ kończyny operowanej do odwołania według zaleceń lekarza
 - f) konieczności zachowania aseptyki rany pooperacyjnej,
 - 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,
7. o wszystkich możliwych powikłaniach, które mogą wystąpić w wyniku mojego zabiegu operacyjnego,
8. o kosztach leczenia, które akceptuję (z wyłączeniem świadczeń w ramach NFZ).

Po przeprowadzeniu operacji zobowiązuję się do podjęcia leczenia rehabilitacyjnego w Gabinetzie Softmed-Laser ul. Dereniowa 2c/226, 02-776 Warszawa i zachowania jego ciągłości, oraz odbycia go do końca według zaleceń lekarza. Zgadzam się, iż w przypadku nie podjęcia leczenia rehabilitacyjnego w w/w placówce lub też przerwania jego ciągłości nie wystąpię z roszczeniami przeciwko TRIGON ORTHOPEDIA oraz lekarzowi, który przeprowadził operację.

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: cewnikowanie dróg moczowych, założenie sondy żołądkowej, założenie wkłucia centralnego, poszerzenie zakresu operacji z powodów stwierdzonych w trakcie procedury, przetoczenie krwi oraz produktów krwiopochodnych, założenie drenażu płynu mózgowo-rdzeniowego, 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-mail:

.....
(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 prawnie 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 podmiot, 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, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

Data i podpis