

ZGODA PACJENTA NA ZABIEG / LECZENIE

Imię i nazwisko pacjenta.....

nr PESEL

Zgodnie z art. 32 – 35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz. U. z 2008 nr 136 poz. 857 z późniejszymi zmianami) 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 / zabieg z zakresu medycyny estetycznej*
- leczenie / zabieg z zakresu rehabilitacji medycznej*
- leczenie / zabieg z zakresu

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

wykonywane przez lekarza medycyny Michała Zdanowicz (zwanego dalej lekarzem prowadzącym)
w

Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia – zgodnie z ankietą stanowiącą załącznik nr 1 do niniejszego oświadczenia. O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego.

Oświadczam, iż:

- posiadam pełną zdolność do czynności prawnych*
- posiadam ograniczoną zdolność do czynności prawnych*
- nie posiadam zdolności do czynności prawnych*

Przyjmuję do wiadomości, że w/w są danymi poufnymi.

Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji fotograficznej.

Wyrażam zgodę na pobranie krwi.

Zostałem(am) poinformowany(a), iż koszt leczenia/zabiegu wynosi

.....
i płatny jest gotówką niezwłocznie po wykonanym zabiegu, co niniejszym akceptuję.

Zostałem(am) poinformowany(a):

1. o rodzaju leczenia / zabiegu, technice leczenia / zabiegu i szczegółowo zaznajomiony (-a) z całym przebiegiem proponowanego leczenia / zabiegu, przewidywanym czasie zabiegu/leczenia, przewidywanym wyniku, a także o tym, że zabieg wykonywany będzie / nie będzie* w znieczuleniu miejscowym,
2. o tym, że ze względu na budowę anatomiczną człowieka leczenie / zabieg nie zawsze jest możliwy lub może okazać się nieskuteczny już w trakcie podjętych procedur,
3. o tym, że powodzenie samego zabiegu/leczenia, jak i okres gojenia są niemożliwe do przewidywania w pojedynczym przypadku. Prognozowanie jest oparte na danych statystycznych,
4. ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań, zdarzeń medycznych lub innych działań niepożądanych (w trakcie lub po zabiegu), takich jak: obrzęk, krwawienie, stany zapalne, utrudnione gojenie się rany, a w szczególności o tym, że:
 - a) nie w każdym przypadku leczenie / zabieg można wykonać jedynie zachowawczą, mało inwazyjną metodą,
 - b) leczenie / zabieg powtórny jest zawsze trudniejszy i nie w każdym przypadku można go wykonać jedynie zachowawczą, mało inwazyjną metodą. Jest też obciążony większym ryzykiem powikłań i niepowodzeń,
 - c) istnieje ryzyko złamania instrumentu medycznego, co może powodować dolegliwości bólowe i w konsekwencji ewentualną konieczność chirurgicznego rozcięcia tkanek,
 - d) w czasie leczenia / zabiegu, a zwłaszcza po jego zakończeniu mogą wystąpić przemijające objawy bólowe wymagające niekiedy zastosowania leków przeciwbólowych,
 - e) w niektórych przypadkach w czasie leczenia / zabiegu może dojść do zaostrzenia objawów stanu zapalnego (ból samoistny, obrzęk, wysięk surowiczy lub ropny, uczynnienie przetoki). Może to wymagać zastosowania leku przeciwzapalnego lub antybiotykoterapii,
 - f) mimo przeprowadzonego leczenia / zabiegu może zaistnieć konieczność wykonania zabiegu chirurgicznego, np. usunięcia ropnia, usunięcia ziarniniaka,

g) o tym, że w przypadku niedostatecznego utrzymywania higieny miejsca leczenia / zabiegu może dojść do stanu zapalnego tkanek i w konsekwencji do konieczności dodatkowego leczenia i zabiegów,

5. o niekorzystnym wpływie palenia tytoniu, spożywania alkoholu lub używania innych używek na ostateczny wynik gojenia rany,

6. o wskazaniach odnośnie postępowania po zabiegu, a w szczególności o:

- zakazie podejmowania większego wysiłku fizycznego,
- zakazie picia alkoholu i palenia tytoniu przez co najmniej dni po zabiegu
- konieczności płukania jamy ustnej zaleconym antyseptykiem
- wizytach kontrolnych, na które muszą się zgłaszać w wyznaczonych przez lekarza terminach,
- konieczności ścisłego przestrzegania zaleceń dotyczących higieny,

7. o wskazaniach odnośnie postępowania po zabiegu z zastosowaniem toksyny botulinowej, a w szczególności o:

- zakazie latania przez okres co najmniej 24 godziny po zabiegu,
- zakazie schylania się, przyjmowania pozycji leżącej przez okres co najmniej 3 godzin po zabiegu,
- unikania sytuacji związanych z różnicami ciśnień (wspinaczka górską, nurkowanie) przez okres co najmniej 24 godzin po zabiegu,
- zakazie korzystania z sauny, basenu, jacuzzi, solarium, opalania się przez co najmniej 24 godziny po zabiegu,
- zakazie wykonywania makijażu miejsca poddanego zabiegowi/leczeniu przez okres co najmniej 3 godzin po zabiegu,
- zakazie ingerowania w miejsca poddane zabiegowi np. poprzez masowanie, uciskanie, poruszanie przez okres co najmniej 3 dni.

8. o wskazaniach odnośnie postępowania w trakcie i po zabiegu detoksykacji, a w szczególności o:

- konieczności podania mi kroplówki
- wykonania przez lekarza prowadzącego wkłucia do żyły obwodowej kaniuli dożylniej obwodowej (wenflon),
- konieczności podania leków uspokajających, rozluźniających, witamin, elektrolitów.

9. Kosztach leczenia, które akceptuję.

Równocześnie wyrażam zgodę na leczenie oraz na wszelkie dodatkowe zabiegi lub procedury medyczne jakie mogą okazać się konieczne i wskazane w ocenie lekarza prowadzącego, w tym wyrażam zgodę na ewentualną zmianę leczenia/ techniki zabiegu i/lub zakresu zabiegu, jeżeli stan mojego zdrowia / obraz śródoperacyjny będzie tego wymagał i będzie to z pożytkiem dla mojego

zdrowia. W sytuacji wystąpienia u mnie w trakcie leczenia / zabiegu stanu ograniczenia świadomości uniemożliwiającego w pełni świadome podejmowanie decyzji, wyrażam też zgodę na wykonanie u mnie kolejnych zabiegów, które lekarz prowadzący uzna za niezbędne dla mojego dalszego leczenia,

W trakcie rozmowy z lekarzem miałem(am) możliwość, zadania wszelkich pytań dotyczących leczenia i planowanego zabiegu. Wszystkie moje pytania i wątpliwości zostały wyjaśnione w sposób jasny i zadowalający.

Powyższe zasady przeczytałem/-am i zrozumiałem/-am, uzyskałem/-am również wszelkie wyjaśnienia dotyczące leczenia / zabiegu w moim przypadku. Zostałem/-am poinformowany/-a o alternatywnych możliwościach leczenia / zabiegu, z zaniechaniem leczenia / zabiegu włącznie. Zostałem/-am poinformowany/-a o ryzyku towarzyszącym innym metodom leczenia / zabiegu i konsekwencjach wynikających z zaniechania leczenia / zabiegu. Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych, pozytywne efekty zabiegu nie są zagwarantowane. Ponadto, leczenie / zabieg jest podejmowany w celu usunięcia konkretnego problemu i może nie wyeliminować innych ukrytych problemów.

Wiem, że mogę odwołać zgodę na leczenie./ zabieg.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie teraz i w przyszłości moich danych osobowych zawartych w „zgodzie pacjenta” na potrzeby praktyki lekarskiej Michała Zdanowicz (zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r. o ochronie Danych Osobowych Dz.U.2016.922 z dnia 2016.06.28 z późniejszymi zmianami), do celów leczenia / wykonania zabiegów medycznych, planowania, obsługi obecnych i przyszłych umów/świadczeń, z których korzystam lub będę korzystał. Dane nie będą nikomu udostępniane z wyjątkiem wypadków obowiązkowego udzielania informacji.

.....

Data, Podpis i pieczęć lekarza

.....

Czytelny podpis pacjenta

* Niepotrzebne skreślić