

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 zostałem(-am) poinformowany (-a) przez lekarza prowadzącego wszelkich możliwych (typowych oraz nietypowych) skutkach leczenia i zabiegu.

Oświadczam, iż jestem świadom (-a), iż efekt leczenia lub zabiegu może odbiegać od oczekiwanego przeze mnie lub być z nim niezgodny.

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 płaćny 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 uspakajających, rozluźniających, witamin, elektrolitów.

9. Kosztach leczenia, które akceptuję.

Równocześnie wyrażam zgodę 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 „zgódzie pacjenta” na potrzeby praktyki lekarskiej Michała Zdanowicz (zgodnie z ustawą z dnia 10.05.2018r. o ochronie Danych Osobowych Dz.U.2018.1000 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