

Dane pacjenta: [REDACTED]

PESEL [REDACTED]

Nr ks. gł.: 2023/40954

ZGODA PACJENTA NA PROCEDURĘ MEDYCZNĄ

Po wyczerpującym i zrozumiałym poinformowaniu mnie o mojej chorobie oraz o skutkach i ewentualnych powikłaniach **wyrażam / nie wyrażam*** zgody na proponowaną procedurę medyczną**.

Jednocześnie oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a) o możliwych powikłaniach proponowanej procedury, a także konsekwencjach zaniechania leczenia oraz możliwości podjęcia alternatywnych metod postępowania lekarskiego. Miałem(am) możliwość uzyskania dodatkowych informacji o moim stanie zdrowia, celu proponowanych procedur medycznych, rokowaniu związanym z moim stanem zdrowia i proponowanym leczeniem, a także wyjaśnienia wątpliwości i niejasności przekazanych informacji. Informacje w ten sposób uzyskane były dla mnie zrozumiałe, jasne, precyzyjne i wyczerpujące. Oświadczam, że miałem(am) możliwość zadawania pytań na temat niżej wymienionej procedury i uzyskałem(am) wyczerpujące i zrozumiałe dla mnie odpowiedzi.

Rodzaj procedury: Założenie wkłucia dożylnego. Farmakoterapia dożylna. Badania krwi, w tym badania przesiewowe w kierunku WZW B, C i HIV. Badania przesiewowe w kierunku COVID 19. Monitoring na sali operacyjnej.

4.04.23 12.24 Teresa [REDACTED]

(data, godzina i czytelny podpis pacjenta powyżej 16 roku życia)

Marta Weinberger
lekarz
3888888

(pieczęć i podpis lekarza)

Jako przedstawiciel ustawowy dziecka / osoby częściowo ubezwłasnowolnionej/osoby ubezwłasnowolnionej **wyrażam / nie wyrażam*** zgody na przeprowadzenie powyżej wspomnianej procedury u mojego dziecka / osoby częściowo ubezwłasnowolnionej / osoby ubezwłasnowolnionej. Jednocześnie potwierdzam, że zostałem(am) poinformowany(a), że wyżej wymieniona procedura u mojego niepełnoletniego, lecz powyżej 16 roku życia dziecka / osoby częściowo ubezwłasnowolnionej / osoby ubezwłasnowolnionej, która jest w stanie ze zrozumieniem wypowiedzieć opinię w tej sprawie/ wymaga również zgody samego pacjenta.

(data, godzina i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego pacjenta / opiekuna prawnego pacjenta)

*niepotrzebne skreślić

**zgodnie z "Listą procedur w UCK wymagających osobnej zgody pacjenta" – załącznik do IO-LIH-01 "Zgody pacjenta na świadczenie zdrowotne"

Dane pacjenta: [REDACTED]

PESEL [REDACTED]

Nr ks. gł.: 2023/40954

ZGODA PACJENTA NA PROCEDURĘ MEDYCZNĄ

Po wyczerpującym i zrozumiałym poinformowaniu mnie o mojej chorobie oraz o skutkach i ewentualnych powikłaniach **wyrażam / nie wyrażam*** zgody na proponowaną procedurę medyczną**.

Jednocześnie oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a) o możliwych powikłaniach proponowanej procedury, a także konsekwencjach zaniechania leczenia oraz możliwości podjęcia alternatywnych metod postępowania lekarskiego. Miałem(am) możliwość uzyskania dodatkowych informacji o moim stanie zdrowia, celu proponowanych procedur medycznych, rokowaniu związanym z moim stanem zdrowia i proponowanym leczeniem, a także wyjaśnienia wątpliwości i niejasności przekazanych informacji. Informacje w ten sposób uzyskane były dla mnie zrozumiałe, jasne, precyzyjne i wyczerpujące. Oświadczam, że miałem(am) możliwość zadawania pytań na temat niżej wymienionej procedury i uzyskałem(am) wyczerpujące i zrozumiałe dla mnie odpowiedzi.

Rodzaj procedury: Badania genetyczne Speciment Collection EDTA&FFPE CeGaT.

4.04.23 14⁰⁰ Teresa [REDACTED]

(data, godzina i czytelny podpis pacjenta powyżej 16 roku życia)

Lekarz dentysta
Marta Bień
3677150
(pieczęć i podpis lekarza)

Jako przedstawiciel ustawowy dziecka / osoby częściowo ubezwłasnowolnionej/osoby ubezwłasnowolnionej **wyrażam / nie wyrażam*** zgody na przeprowadzenie powyżej wspomnianej procedury u mojego dziecka / osoby częściowo ubezwłasnowolnionej / osoby ubezwłasnowolnionej. Jednocześnie potwierdzam, że zostałem(am) poinformowany(a), że wyżej wymieniona procedura u mojego niepełnoletniego, lecz powyżej 16 roku życia dziecka / osoby częściowo ubezwłasnowolnionej / osoby ubezwłasnowolnionej, która jest w stanie ze zrozumieniem wypowiedzieć opinię w tej sprawie/ wymaga również zgody samego pacjenta.

4.04.23 14⁰⁰ Teresa [REDACTED]

(data, godzina i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego pacjenta / opiekuna prawnego pacjenta)

*niepotrzebne skreślić

**zgodnie z "Listą procedur w UCK wymagających osobnej zgody pacjenta" – załącznik do IO-LIH-01 "Zgody pacjenta na świadczenia zdrowotne"

ZGODA NA PROCEDURĘ OPERACYJNĄ /ZABIEGOWĄ

PESEL:		Data urodzenia:		Nr Ks. Gł.:2023/40954
Imię:				
Nazwisko:				
Dane osób uprawnionych do wyrażenia zgody: opiekun prawny / przedstawiciel ustawowy*				
Pan / Pani:				
PESEL :				
Data urodzenia:				
Nazwa procedury medycznej / zabiegu operacyjnego cystektomia guza okolicy podżuchwowej po stronie prawej				
Opis jednostki chorobowej będącej powodem zgłoszenia się pacjenta guz okolicy podżuchwowej po stronie prawej				
Wskazania do proponowanej procedury medycznej / zabiegu operacyjnego możliwość oceny histopatologicznej zmiany, usunięcie patologii				
Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej / zabiegu operacyjnego W znieczuleniu ogólnym z intubacją dotchawiczą przez usta/nos z cięcia zewnątrz/wewnątrzustnego poszerzenie marginesów. Usunięcie miejscowo zniszczonej kości. Przekazanie materiału do badania histopatologicznego. Plastyka miejscowa. Szycie.				
Korzyści z leczenia Usunięcie patologii. Określenie i weryfikacja histopatologiczna zmiany				
Ryzyko procedury medycznej / zabiegu operacyjnego po uwzględnieniu wszystkich informacji dotyczących stanu pacjenta określono jako: ■ Małe				
Przeciwwskazania do proponowanej procedury medycznej / zabiegu operacyjnego Niewyrównany stan ogólny pacjenta				
Powikłania / następstwa leczenia / efekty uboczne zaburzenia czucia, blizna, obrzęk, krwawienie, uszkodzenie nerwu twarzowego, dolegliwości bólowe, rozejście się brzegów rany, niedoszczętne wycięcie				
Alternatywy brak				
Konsekwencje odstąpienia od leczenia				
Zalecenia po wykonaniu procedury medycznej /zabiegu operacyjnego przy wypisie				
Inne aspekty powyższej procedury ważne w indywidualnym kontekście pacjenta Monitoring na sali operacyjnej.				

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Niniejszym oświadczam, iż zapoznałem/zapoznałam* się z treścią niniejszego formularza oraz zostałem/zostałam* poinformowany/poinformowana* przez lek. Barbara Michelle Wojciechowska o wskazaniach do wdrożenia procedury medycznej / zabiegu operacyjnego / terapii, przesłankach uzasadniających jej zastosowanie, a także o najczęściej występujących następstwach i powikłaniach, które mogą się pojawić.
Oświadczam, iż miałem/miałam* możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego leczenia i otrzymałem/lam* oraz otrzymałam/em wyczerpujące i satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania.



Zrozumiałam/em i akceptuję możliwość wystąpienia powikłań związanych z przeprowadzeniem proponowanej procedury medycznej/zabiegu operacyjnego. Zapoznałam/em się z wykazem zaleceń pooperacyjnych i jestem w pełni świadoma/y konieczności ich przestrzegania. Potwierdzam, że miałam/em wystarczającą ilość czasu na podjęcie przemyślanej decyzji.

Niniejszym oświadczam, iż zostałam wyczerpująco poinformowana o przebiegu procedury i możliwych powikłaniach okołooperyacyjnych. Zostałam poinformowana/y o ewentualnej potrzebie wykonania nieprzewidzianych, dodatkowych zabiegów, na które nie będę mogła/mógł wyrazić oddzielnej zgody, jeśli mój stan będzie tego wymagał i jeśli ich zaniechanie może mi zaszkodzić.

Wyrażam świadomą zgodę na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej / zabiegu operacyjnego.

.....
data, godzina i czytelny podpis pacjenta powyżej 16 lat

12:29 04.04.2020 Teresa [redacted]
data, godzina i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego /opiekuna prawnego

Marta Weinberger
lekarz dyżysta
3696558

.....
data, pieczęć i podpis lekarza

Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej / zabiegu operacyjnego
Zostałam poinformowana / poinformowany* o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

.....
data, godzina i czytelny podpis pacjenta powyżej 16 lat

.....
data, godzina i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego /opiekuna prawnego

.....
data, pieczęć i podpis lekarza

* niepotrzebne skreślić

DANE PACJENTA: [REDACTED] PESEL [REDACTED] Nr KS. G 2023/40954

PLAN DIAGNOSTYCZNO - TERAPEUTYCZNY WRAZ Z PRZEWIDYWANYM CZASEM POBYTU**Plan Leczenia:** Leczenie chirurgiczne. Farmakoterapia dożylna. Hospitalizacja kilka dniwyrażam świadomą i dobrowolną zgodę~~nie wyrażam świadomej i dobrowolnej zgody~~**na zaproponowany mi plan leczenia**

Jednocześnie potwierdzam, że zostałem(am) w pełni poinformowany(a) w sposób dla mnie zrozumiały o moim stanie zdrowia, celu, sposobie wykonania i możliwych powikłaniach planowanych badań, procedur medycznych i leczenia, jak również ryzyku z nimi związanym oraz o możliwościach alternatywnego postępowania diagnostycznego i terapeutycznego. Miałem(am) możliwość uzyskania dodatkowych informacji o moim stanie zdrowia, rokowaniu związanym z moim stanem zdrowia i proponowanym leczeniem, a także wyjaśnienia wątpliwości i niejasności przekazanych informacji. Informacje w ten sposób uzyskane były dla mnie zrozumiałe, jasne, precyzyjne i wyczerpujące.

Jednocześnie **wyrażam / nie wyrażam zgody** na przeprowadzenie badań i zmianę planu leczenia w przypadku, gdy uzyskanie mojej zgody nie będzie możliwe z powodu ograniczenia zdolności do wyrażenia świadomej zgody, a zmiany te będą uznane przez zespół lekarzy z UCK za pilne i niezbędne dla kontynuowania leczenia w razie niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.

01.03.2023
R. 20 Teresa [REDACTED]
Data, godzina i czytelny podpis pacjenta powyżej 16 roku życia
i/lub czytelny podpis przedstawiciela ustawowego pacjenta
/ opiekuna prawnego pacjenta

lek.stom MARTA WEINBERGER
Lekarz, PWZ 3696558
Spec.

.....
podpis lekarza

Marta Weinberger
lekarz dentysta
3696558