

SAMODZIELNY SZPITAL KLINICZNY NR 1 W LUBLINIE

II KLINIKA CHIRURGII OGÓLNEJ, GASTROENTEROLOGICZNEJ I NOWOTWORÓW UKŁADU  
POKARMOWEGO I NOWOTWORÓW UKŁADU POKARMOWEGO

KIERUJACY ODDZIAŁEM : PROF. DR HAB. N. MED. GRZEGORZ WALLNER

Neurologii i Zaburzeń Śnu  
Nr p. 2608150, P. 3601370333

1A ZGODA NA OPERACJĘ

NR KSIĘGI GŁÓWNEJ

NAZWISKO I IMIĘ

DATA URODZENIA

ROZPOZNANIE

PROPONOWANY ZABIEG OPERACYJNY

..... strona P/L (jeżeli dotyczy)

Stwierdzam, że przedstawiłem pacjentowi planowany sposób leczenia operacyjnego oraz poinformowałem o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub w wyniku operacji.

Podpis i pieczęć lekarza

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Oświadczam, że :

- Zapoznałem/am się ze szczegółowym opisem leczenia operacyjnego, jego celowością i oczekiwanym wynikiem oraz potencjalnymi zagrożeniami mogącymi wystąpić w wyniku w/w leczenia i zgadzam się na proponowane leczenie operacyjne
- Zgadzam się na operację w znieczuleniu ogólnym/przewodowym
- Zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie sposobu operacji w niezbędnym zakresie zgodnie z zasadami wiedzy medycznej jeśli będzie tego wymagała sytuacja powstała w wyniku procesu terapeutycznego.
- Zgadzam się na przeniesienie do właściwego oddziału stacjonarnego zgodnie z decyzją lekarza operującego lub lekarza anestezjologa, jeżeli wymagałby tego mój stan zdrowia.

W pełni zrozumiałem/zrozumiałam informacje przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań, na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący.

Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z Panem/Panią

dr ..... spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat:

- Rozpoznania

- Proponowanych oraz alternatywnych metod diagnostycznych i leczniczych
- Dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania
- Wyników leczenia operacyjnego
- Rokowania
- Ewentualnego leczenia pooperacyjnego

Znane mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem operacyjnym. Bez zastrzeżeń zgadzam się na przeprowadzenie u mnie opisanej procedury medycznej.

#### UWAGI LEKARZA


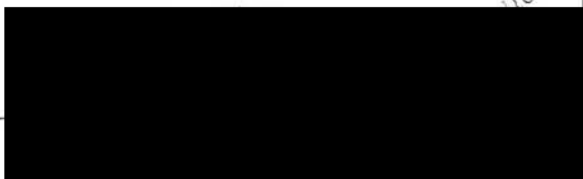
.....

.....

.....

.....

#### PODPIS PACJENTA I LEKARZA

Data (godzinowa) oraz podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego	
	Operacja po stronie P/L (jeżeli dotyczy)
Data (godzinowa), podpis oraz pieczęć lekarza	

3138731

#### SPRZECIW PACJENTA

**NIE ZGADZAM SIĘ NA PROPONOWANY ZABIEG OPERACYJNY. ZOSTAŁEM/ZOSTAŁAM POINFORMOWANA O MOŻLIWYCH NEGATYWNYCH KONSEKWENCJACH TAKIEJ DECYZJI DLA MOJEGO ZDROWIA I ŻYCIA.**

Data (godzinowa) oraz podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego	
Data (godzinowa), podpis oraz pieczęć lekarza	