

Oświadczenie rodziców/prawnych opiekunów dziecka

ŚWIADOMA ZGODA NA CHIRURGICZNE LECZENIE DZIECKA

Ja, niżej podpisany(a), prawny opiekun dziecka potwierdzam, że w czasie rozmowy z lekarzem [REDACTED] została mi wyjaśniona istota choroby dziecka:

Imię i nazwisko dziecka [REDACTED]wiek..... 2/12

Rozpoznanie: CHOLESTAZA

oraz przedstawiono mi sposób jej leczenia

Proponowany zabieg: RESEKCYJA CIĘŻKI ODTOKOWY

Po zapoznaniu się ze szczegółowym opisem leczenia operacyjnego, jego celowością i rokowaniem zostałem(am) poinformowany(a) o ewentualnych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić na skutek proponowanego leczenia. Poinformowano mnie także, że gdyby sytuacja tego wymagała, lekarz może zmodyfikować zabieg lub wykonać zabieg dodatkowy zgodnie potrzebami i zasadami wiedzy medycznej. Jestem świadomy, że ostateczny rezultat zabiegu zależy nie tylko od zmian chorobowych w operowanym narządzie, ale w równym stopniu od stanu ogólnego pacjenta. Jednocześnie wyrażam zgodę na wykonanie wszystkich badań diagnostycznych i laboratoryjnych niezbędnych do przeprowadzenia operacji. Stwierdzam, że uzyskałem wyczerpującą odpowiedź na wszystkie moje pytania i proszę o wykonanie koniecznego zabiegu.

Ewentualne uwagi rodziców

Podpis osoby wyrażającej zgodę (matki, ojca, innego prawnego opiekuna)

Podpis pacjenta (jeśli ukończył 16 lat)

Rodziców skierowano na rozmowę z lekarzem - anestezyjście

Data 8.01.03 Podpis lekarza udzielającego wy