

Fundusz Służby Zdrowia i Opieki
Społecznej _____
Jednostka Szpitala _____

PRAKTYKA LEKARSKA lub inna _____

Główna jednostka służby zdrowia _____

Formularz 3 – ZGODA NA BADANIE, LECZENIE LUB OPIEKĘ
(Procedury nie mające wpływu na świadomość)

Dane osobowe (lub wydrukowana wcześniej etykieta)

Nazwisko.....
Imiona

Data urodzenia.....

Mężczyzna Kobieta Numer H+C (lub inny identyfikator)

Specjalne wymagania (językowe lub inne)

Oświadczenie pracownika służby zdrowia

Odpowiedzialny pracownik służby zdrowia Stanowisko

Nazwa proponowanej procedury, leczenia lub serii zabiegów (łącznie ze stroną ciała, miejscem na ciele oraz krótkim objaśnieniem w przypadku niejasnych terminów medycznych)

Wyjaśniłem procedurę. W szczególności wyjaśniłem:

Korzyści, które zamierza się uzyskać:

Poważne lub często występujące ryzyko:

Przedyskutowałem również z pacjentem z czym najprawdopodobniej procedura będzie się wiązać, korzyści oraz ryzyko innych dostępnych metod leczenia (łącznie z niepoddawaniem się leczeniu), próbki tkanki, których konieczność pobrania może zaistnieć oraz wszelkie konkretne obawy pacjenta.

Wydano następującą ulotkę/kasetę.....

Podpis Data

Imię i nazwisko (DRUKIEM) Stanowisko.....

Oświadczenie tłumacza (jeśli dotyczy)

Przetłumaczyłem powyższe informacje najlepiej jak tylko potrafię i w sposób, który uważam za zrozumiały dla pacjenta.

Podpis Data

Imię i nazwisko (DRUKIEM).....

Oświadczenie osoby wyrażającej zgodę lub ponoszącej odpowiedzialność rodzicielską za dziecko

Zgadzam się na wykonanie opisanej powyżej procedury, leczenia lub serii zabiegów.

Rozumiem, że nie może mi zostać zagwarantowane wykonanie tej procedury przez konkretną osobę. Osoba, którą ją wykona będzie jednak posiadała odpowiednie doświadczenie.

Rozumiem, że z procedurą tą będzie/nie będzie wiązało się zastosowanie znieczulenia miejscowego.

Podpis.....Data

Imię i nazwisko(DRUKIEM).....Pokrewieństwo względem dziecka.....

Kopia zaakceptowana Tak/ Nie (odpowiednie zakreślić)