

Fundusz Służby Zdrowia i Opieki
Społecznej _____
Jednostka Szpitala _____

PRAKTYKA LEKARSKA lub inna _____

Główna jednostka służby zdrowia _____

Formularz 1 – ZGODA NA BADANIE, LECZENIE LUB OPIEKĘ

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:

Możliwe dodatkowe procedury, których konieczność wykonania może zaistnieć podczas wykonywania procedury

Transfuzja krwi inna procedura (proszę wyszczególnić).....

Procedura ta będzie wymagała: narkozy i/lub znieczulenia części ciała znieczulenia miejscowego

zastosowania środków uspokajających

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**) Vardas Stanowisko.....

Dane kontaktowe (jeżeli pacjent życzy sobie przedyskutować opcje w terminie późniejszym).....

Oświadczenie tłumacza (jeśli dotyczy)

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

Podpis Data

Imię i nazwisko (**Drukiem**).....

Kopia zaakceptowana przez osobę wyrażającą zgodę (odpowiednie zakreślić)

Oświadczenie osoby wyrażającej zgodę

Proszę dokładnie przeczytać ten formularz. Jeżeli leczenie było wcześniej planowane, powinieneś już posiadać własną kopię formularza, która przedstawia korzyści i ryzyko proponowanego leczenia. Jeśli nie, to teraz otrzymasz jego kopię. W przypadku jakichkolwiek dodatkowych pytań, zwróć się do nas – jesteśmy tutaj, aby Tobie pomóc. Masz prawo w każdej chwili zmienić zdanie, nawet po podpisaniu tego formularza.

Zgadzam się na wykonanie opisanej w tym formularzu 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 będę mieć przed wykonaniem procedury możliwość omówienia szczegółów dotyczących narkozy z anestezyjologiem, chyba, że nagłość sytuacji to wykluczy. (Dotyczy to tylko pacjentów, którzy otrzymają narkozę lub znieczulenie części ciała.)

Rozumiem, że każda dodatkowa procedura, która nie jest wymieniona w tym formularzu będzie wykonana tylko wówczas, gdy konieczne to będzie dla ocalenia mojego życia lub w celu zapobieżenia poważnego uszczerbku na moim zdrowiu.

Poinformowano mnie o możliwych procedurach dodatkowych, których wykonanie może być konieczne podczas mojego leczenia/zabiegu.

Wymieniłem poniżej wszystkie procedury, **których wykonania nie życzę sobie** bez konsultacji ze mną.

.....
.....
***Wyrażam zgodę** na obserwację lub pomoc studentów opieki zdrowotnej w opiece nade mną, pod nadzorem pracowników służby zdrowia. **Zdanie to można usunąć, bez wpływu na Twoją opiekę.*

PodpisData

Imię i nazwisko (Drukiem)

Jeżeli pacjent nie jest w stanie podpisać oświadczenia, lecz dał znak, iż wyraża zgodę, świadek powinien złożyć poniżej podpis. W przypadku młodzieży/dzieci podpis może także złożyć ich rodzic (zob. informacje).

PodpisData.....

Imię i nazwisko (Drukiem)

Potwierdzenie wyrażenia zgody (do wypełnienia przez pracownika służby zdrowia kiedy pacjent zostanie przyjęty w celu wykonania procedury, jeżeli podpisał on formularz wcześniej. Potwierdzam, iż pacjent nie ma więcej pytań i zgadza się na rozpoczęcie procedury.

Podpis.....Data

Imię i nazwisko (Drukiem)Stanowisko.....

Ważne informacje: (zaznacz, jeśli dotyczy)

Zobacz również wcześniejsze polecenia pacjenta/wolę pro futuro (np. formularz Świadka Jehowy)

Pacjent wycofał zgodęData.....

(poproś pacjenta o podpis i wpisanie daty)

