



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
OPOLSKIE CENTRUM ONKOLOGII  
im. prof. Tadeusza Koszarowskiego w Opolu



Opolskie Centrum Onkologii  
ul. Katowicka 66A  
45-061 Opole  
NIP 754-25-57-814  
REGON 531420768

## ŚWIADOMA ZGODA Na Zabieg Endoskopowy

tel. 77 441 60 01  
fax. 77 441 60 03  
sekretariat@onkologia.opole.pl  
www.onkologia.opole.pl

**Imię i Nazwisko Pacjenta:** .....

**Adres:** .....

**PESEL:** .....

### OŚWIADCZENIE PACJENTA:

Oświadczam, że:

- Zapoznałem/-am się ze szczegółowym opisem postępowania diagnostycznego lub leczniczego, jego celowością i oczekiwanym wynikiem.
- Zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie sposobu postępowania w niezbędnym zakresie zgodnie z zasadami wiedzy medycznej jeśli będzie wymagała tego sytuacja powstała w wyniku procesu zabiegowego.
- Zgadzam się na przeniesienie mnie do właściwego oddziału stacjonarnego zgodnie z decyzją lekarza operującego lub lekarza anestezjologa, jeżeli wymagałby tego mój stan zdrowia.
- Powiadomiony/a jestem o potencjalnych zagrożeniach mogących wystąpić w wyniku w/w badania/leczenia, w tym na konieczność operacji jamy brzusznej oraz wyłonienia sztucznego odbytu w razie gdyby zaszła taka konieczność i zgadzam się na proponowane leczenie.
- Przyjmuję do wiadomości, że medycyna nie jest nauką ścisłą i czasem zdarza się nie uzyskać zamierzonego efektu diagnostyczno-leczniczego pomimo zachowania najwyższej staranności.
- Stwierdzam, że uzyskałem/-am wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania i wyrażam świadomą zgodę na wykonanie proponowanego badania/zabiegu.

.....  
Pacjent ( Data i Podpis )

.....  
Lekarz ( pieczętka i podpis )