

Zgoda pacjenta na przetoczenie krwi i jej składników

Opole dn.

Imię i NazwiskoPesel

Nr historii choroby..... Oddział

W pełni zrozumiałem/am przekazane mi informacje dotyczące przetoczenia krwi i jej składników. W sposób jasny i zrozumiały wyjaśniono mi wskazania, korzyści płynące z przetoczenia oraz poinformowano mnie o powikłaniach i ryzyku, które mogą wystąpić w wyniku leczenia krwią i jej składnikami.

Miałem/am możliwość zadania pytań, na wszystkie pytania udzielono mi odpowiedzi w sposób jasny i zrozumiały dla mnie.

WYRAZAM ZGODĘ NA PRZETOCZENIE KRWI I JEJ SKŁADNIKÓW

.....
Podpis pacjenta/ opiekuna prawnego

.....
Pieczałka i podpis lekarza

NIE WYRAŻAM ZGODY NA PRZETOCZENIE KRWI I JEJ SKŁADNIKÓW ZOSTAŁEM POINFORMOWANY /NA O MOŻLIWOŚCI NEGATYWNYCH DLA MOJEGO ZDROWIA I ŻYCIA KONSEKWENCJACH TAKIEJ DECYZJI .

.....
Podpis pacjenta/ opiekuna prawnego

.....
Pieczałka i podpis lekarza