



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



ul. Katowicka 66A
45-060 Opole
NIP 754-25-57-814
REGON 531420768

tel. 077/441 60 01
fax. 077/441 60 03
sekretariat@onkologia.opole.pl
www.onkologia.opole.pl

INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA LECZENIE.....

Nazwisko i imię:

PESEL:

Został u Pani/a rozpoznany

I. Informacje o osobach uprawnionych do wyrażenia zgody :

Imię i nazwisko Pacjenta

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego

Zgoda Sądu*

II. Nazwa procedury medycznej :

.....
.....

III. Wskazania do wykonania procedury medycznej :

.....
.....

IV. Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej :

.....
.....
.....
V. Opis innych dostępnych metod leczenia

.....
.....
VI. Opis powikłań standardowych związanych z proponowaną procedurą medyczną

.....
.....
VII. Opis zwiększonego ryzyka powikłań w związku z stanem zdrowia pacjenta

.....
.....
VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanej metody leczenia

OŚWIADCZENIA PACJENTA

Oświadczam, że:

- W pełni zrozumiałem/am informacje zawarte w tym formularzu oraz informacji dodatkowej oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem;
- Zapoznałem się z treścią niniejszego formularza oraz zostałem poinformowany/na przez.....o proponowanym rodzaju leczenia i alternatywnych możliwościach leczenia.
- Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z lekarzem spełnione zostały moje oczekiwania co do informacji na temat proponowanego sposobu leczenia, dających się przewidzieć następstwach jego zastosowania, ryzyku i możliwych powikłaniach; zapewniono mi możliwość zadawania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący mnie;
- Podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłem / ła istotnych informacji dotyczących mojego stanu zdrowia, badań i przebytych chorób.

Data i podpis pacjenta.....*

Data i podpis przedstawiciela ustawowego*

Zgoda Sądu.....*

Po wystarczającym czasie do namysłu oświadczam, że

- wyrażam dobrowolnie zgodę na zastosowanie proponowanej metody leczenia/przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej*

Data i podpis pacjenta*

Data i podpis przedstawiciela ustawowego*

Zgoda Sądu*

- nie wyrażam zgody na zastosowanie proponowanej metody leczenia/przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej. Zostałem/am poinformowany/a o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.*

Data i podpis pacjenta*

Data i podpis przedstawiciela ustawowego*

Zgoda Sądu*

OŚWIADCZENIE LEKARZA

Oświadczam, że przedstawiłam(em) pacjentowi planowany sposób leczenia zgodnie prawdą i posiadaną wiedzą medyczną, udzieliłam informacji umożliwiających świadome wyrażenie zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych oraz poinformowałam o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub wyniku proponowanej procedury medycznej.

.....

Data, podpis i pieczęć lekarza