



ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH ORAZ OŚWIADCZENIA PACJENTA

Prosimy o uważne przeczytanie formularza oraz zadawanie pytań w razie jakichkolwiek wątpliwości – naszym zadaniem jest udzielenie Państwu wszelkich niezbędnych wyjaśnień.

Nazwisko.....Imię.....

Data i miejsce urodzenia

PESEL

Adres

Nr historii choroby.....

Prawny opiekun/ Kurator / Opiekun faktyczny pacjenta*.....

Rodzaj leczenia/ zabiegu.....

Niniejszym, oświadczam, że:

1. Zapoznałem/am się ze szczegółowym opisem proponowanej metody diagnostycznej/sposobu leczenia (zabiegu), jego celem i oczekiwanym wynikiem oraz potencjalnymi zagrożeniami mogącymi wystąpić w trakcie i w wyniku badania/zabiegu diagnostycznego/leczenia, jak również konsekwencjami odmowy. W szczególności zapoznałem się z treścią przekazanego mi dokumentu „Szczegółowe informacje dotyczące zabiegu”.
2. Udzieliłem pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego odnośnie mojego stanu zdrowia, przyjmowanych leków, oraz przebytych zabiegów.
3. W sposób przystępny została mi przedstawiona informacja o moim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, zabiegu lekarskim, znieczuleniu, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.
4. Zostałem/am poinformowany/a o możliwych do zastosowania alternatywnych metodach diagnostyki/leczenia, znieczulania, zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w trakcie lub w wyniku badania/leczenia/zabiegu, jak też o skutkach nieudzielenia przeze mnie zgody.
5. Zostałem/am poinformowany/a o możliwości wystąpienia nieprzewidzianych sytuacji, w których konieczna stanie się modyfikacja zakresu badania/ leczenia, jak również o możliwości odwołania przeze



Szpital Świętego Łukasza S.A. ul. Bystrzańska 94b, 43-309 Bielsko-Biała

NIP: 5472145493, REGON: 243161232, KRS: 0000656269, nr konta: 22 8131 0005 0016 3011 2000 0010

Planowanie Zabiegów +48 33 819 95 24, planowanie@lukasza.pl, Biuro Obsługi Pacjenta +48 33 819 95 10, rejestracja@lukasza.pl, fax: 33 819 95 31, www.lukasza.pl

mnie udzielonej uprzednio zgody na jakąkolwiek czynność związaną z diagnostyką/leczeniem.

6. Uzyskałem/am wyczerpujące, jasne i zrozumiałe odpowiedzi na wszystkie postawione pytania, zostały mi objaśnione wszelkie czynności mające związek z proponowanym zabiegiem/metodami diagnostyki/leczenia, zagrożeniami i powikłaniami, które mogą wystąpić w trakcie lub w wyniku zabiegu/badania/leczenia. W trakcie rozmowy z lekarzem miałem/am możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego postępowania medycznego.
7. Zostałem/am zapoznany/a z prawami pacjenta i zostałem/am poinformowany/a o możliwości nieograniczonego dostępu do Karty Praw Pacjenta.
8. Zostałem/am poinformowany/a i jestem w pełni świadomy/a co do tego, iż mogę w każdej chwili cofnąć zgodę na wykonanie zabiegu, jakiegokolwiek badania/zastosowania metody leczenia.
9. Poinformowany o skutkach przystąpienia do zabiegu operacyjnego bez przebytych szczepień przeciwko WZW (wirusowemu zapaleniu wątroby), wyrażam świadomą zgodę na przeprowadzenie operacji i zrzekam się jakichkolwiek roszczeń pod adresem lekarza i Szpitala św. Łukasza.
10. Przyjmuję do wiadomości, że każdy zabieg lekarski, znieczulenie, podawanie krwi lub preparatów krwio pochodnych, pociąga za sobą ryzyko powikłań (w tym poważnych powikłań, zakażeń, a nawet śmierci), które mogą wystąpić nawet przy zachowaniu najwyższych standardów w zakresie wiedzy, umiejętności i opieki medycznej.
11. Zostałem/am poinformowany/a o możliwości zajścia konieczności leczenia krwią w przypadku wystąpienia nadmiernego krwawienia w trakcie przeprowadzanego zabiegu lub w okresie okołoperacyjnym oraz o możliwych zagrożeniach/powikłaniach z tym związanych.
Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody* na przetoczenie krwi i/lub preparatów krwio pochodnych w tym przypadku.
12. Zostałem/am poinformowany/a o możliwości konieczności wykonania badania RTG śródoperacyjnie (*dotyczy jedynie niektórych zabiegów ortopedycznych, naczyniowych oraz neurochirurgicznych*) oraz o zagrożeniu, wynikającym z narażenia na promieniowanie jonizujące.
Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody* na wykonanie RTG śródoperacyjnie.
Pacjentki będące w ciąży, lub podejrzewające, że mogą być w ciąży są zobligowane do powiadomienia lekarza o swoim stanie przed wykonaniem zabiegu. Kobiety w wieku rozrodczym winny podpisać „*Oświadczenie pacjentki o negatywnym wyniku testu ciążowego przed planowanym zabiegiem z zakresu radiologii zabiegowej*”.
13. **Zgadzam się/ nie zgadzam się*** na ewentualne zmodyfikowanie sposobu proponowanej metody diagnostycznej/leczenia (zabiegu) w niezbędnym zakresie – zgodnie z zasadami wiedzy medycznej, jeśli będzie wymagała tego sytuacja powstała w wyniku badania diagnostycznego/procesu leczenia.
14. **Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody*** na nagranie mojej operacji na nośnikach rejestrujących obraz i dźwięk i wykorzystanie tego zapisu do celów dokumentacji medycznej oraz dokumentacji naukowej.
15. **Udzielam zgody/ nie udzielam zgody*** na informowanie o stanie mojego zdrowia w pełnym zakresie w moim imieniu osobie upoważnionej, tj. (imię, nazwisko, tel. i adres):
.....
.....



Szpital Świętego Łukasza S.A. ul. Bystrzańska 94b, 43-309 Bielsko-Biała

NIP: 5472145493, REGON: 243161232, KRS: 0000656269, nr konta: 22 8131 0005 0016 3011 2000 0010

Planowanie Zabiegów +48 33 819 95 24, planowanie@lukasza.pl, Biuro Obsługi Pacjenta +48 33 819 95 10, rejestracja@lukasza.pl, fax: 33 819 95 31, www.lukasza.pl

16. **Udzielam zgody/ nie udzielam zgody*** do przekazywania dokumentów, dokumentacji medycznej i przedmiotów z depozytu szpitalnego w moim imieniu osobie upoważnionej, tj. (imię, nazwisko, tel. i adres):

17. **Zgadzam się/ nie zgadzam się*** na przeniesienie mnie do właściwego oddziału szpitalnego/innego szpitala, jeżeli wymagać tego będzie mój stan zdrowia.
18. Przyjmuję do wiadomości, że dane osobowe pacjenta są przetwarzane przez Administratora Danych Osobowych – Szpital Świętego Łukasza S.A. w Bielsku- Białej w celach zdrowotnych, na podstawie art. 9 ust. 2 lit h) RODO w związku z wykonywaniem działalności leczniczej oraz zgodnie z ustawą o działalności leczniczej przy zachowaniu obowiązków wynikających z ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
19. **Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody*** na udział w badaniu ankietowym po przebytej hospitalizacji przeprowadzonym przez firmę zewnętrzną wykonującą ww działania w imieniu Szpitala św. Łukasza.

.....
**Data i podpis pacjenta/ prawnego opiekuna/
 kuratora/opiekuna faktycznego pacjenta***

.....
Data i podpis lekarza przyjmującego zgodę

Zalecenia dodatkowe dla Pacjenta:

- 1) Wyniki badań laboratoryjnych przedstawionych przez pacjenta podczas przyjęcia do szpitala nie mogą być starsze niż 7 dni, a wynik badania EKG nie może być starszy niż 30 dni.
- 2) Pacjent winien poinformować o alergiach pokarmowych lub preferencjach żywieniowych (np. wegetarianizm) w chwili przyjęcia do Szpitala.
- 3) W celu umówienia konsultacji anestezyjologicznej, pacjent może skontaktować się z rejestracją osobiście, za pośrednictwem osób trzecich lub telefonicznie pod nr telefonu +48 33 815 11 13 lub +48 33 819 95 10.

.....
**Data i podpis pacjenta/ prawnego opiekuna/
 kuratora/opiekuna faktycznego pacjenta***



Po zapoznaniu się z powyższym tekstem, zgodnie z art.32-35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz. U. 1997 Nr 28 poz. 152 z późn. zm.) oraz art. 16-18 Ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z dnia 2009r. Nr 52 poz. 417 z późn. zm.), w sposób w pełni świadomy

**WYRAŻAM ZGODĘ/NIE WYRAŻAM ZGODY*
 NA UDZIELENIE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO**

.....
 (dokładna nazwa zabiegu)

.....
 Data i podpis pacjenta/ prawnego opiekuna/kuratora/opiekuna faktycznego pacjenta*

Poniżej wymieniam zabiegi, na które nie wyrażam zgody bez uprzedniego porozumienia:

.....
 Data i podpis pacjenta/ prawnego opiekuna/kuratora/opiekuna faktycznego pacjenta*

Potwierdzam odbiór podpisanej przez ww pacjenta zgody na wykonanie zabiegu, jednocześnie stwierdzam brak przeciwwskazań/ przeciwwskazania * do wykonania ww zabiegu.

.....
wypisać przeciwwskazania do wykonania zabiegu, w przypadku ich stwierdzenia

.....
Data i podpis lekarza przyjmującego zgodę

*Niepotrzebne skreślić

**Odnosi się do przypadku badania/zabiegu wykonywanego z zastosowaniem znieczulenia.

***Oświadczenia tego nie stosuje się w przypadkach przewidzianych prawem.