Wojewódzki Szpital im. Św. Ojca Pio w Przemyślu	**Formularz**	**F-PM -3/3**
	INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA PRZEPROWADZENIE PROCEDURY MEDYCZNEJ	**Wydanie I z dnia 21.02.2020r.**
		Strona **1** z **2**

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA ……

PESEL: ……..

1. RODZAJ SCHORZENIA I WSKAZANIA DO WYKONANIA PROCEDURY MEDYCZNEJ

.....

.....

.....

PRZYGOTOWANIE DO PROCEDURY MEDYCZNEJ

Przygotowanie w Pana/Pani przypadku proponowanego postępowania diagnostyczno-leczniczego polegające na: ……

……

……

……

……

PRZEBIEG PROCEDURY MEDYCZNEJ

.....

.....

.....

.....

.....

2. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ

Powikłania związane z proponowaną procedurą medyczną mogą między innymi polegać na:

.....

.....

.....

.....

.....

……

3. ALTERNATYWNE SPOSOBY POSTĘPOWANIA

.....

.....

……

Wszelkie prawa do niniejszego dokumentu i zawartej w nim treści są zastrzeżone. Powielanie oraz udostępnianie osobom nieupoważnionym bez pisemnego zezwolenia Dyrektora lub Pełnomocnika ds. Zarządzania Jakością jest zabronione.

4. ROZMOWA Z LEKARZEM

Prosimy aby Pan/Pani zapytał/a nas o wszystko co chciałby/aby Pan/i wiedzieć w związku z planowaną procedurą medyczną. Wszelkie informacje dodatkowe dotyczące planowanych czynności oraz wszelkie oczekiwane przez Pana/Panią wyjaśnienia można uzyskać u lekarza prowadzącego. Chętnie odpowiem na wszystkie Pana/Pani pytania.

ZASTRZEŻENIA PACJENTA CO DO PROPONOWANEGO POSTĘPOWANIA

5. OŚWIADCZENIE PACJENTA/ PACJENTKI

W pełni zrozumiałem/am informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób dla mnie zrozumiały i nie budzący żadnych wątpliwości. Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z lekarzem .....……..... spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat dających się przewidzieć następstwach zastosowania wspomnianej wyżej procedury medycznej albo ewentualnych skutkach jej zaniechania w przypadku mojego schorzenia. Znane mi są możliwe powikłania związane z tą procedurą.

Bez zastrzeżeń (lub z powyższymi zastrzeżeniami) wyrażam świadomą zgodę na przeprowadzenie u mnie następującej procedury medycznej:

.....

……

Data pieczątka i podpis lekarza czytelny podpis pacjenta

czytelny podpis uprawnionego opiekuna*

Nie zgadzam się na proponowaną mi procedurę medyczną
Zostałem/am w pełni poinformowany/a o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

Data pieczątka i podpis lekarza czytelny podpis pacjenta

czytelny podpis uprawnionego opiekuna*

Podpisanie tego formularza przez Pacjenta jest niemożliwe z powodu
:…….....

…….

UWAGA:
** W przypadku osób do 16-go roku życia zgodę wyraża i podpisuje przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny. W przypadku osób w wieku od 16-go roku życia do 18-go roku życia zgodę wyraża i podpisuje przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny oraz pacjent.*