

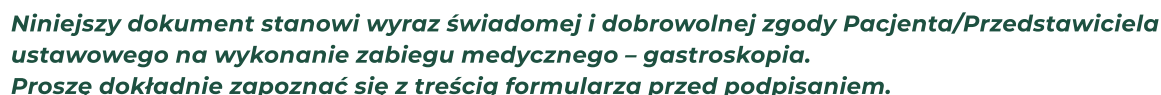


ZGODA PACJENTA NA BADANIE - GASTROSKOPIA

A blank coordinate grid with x and y axes ranging from 0 to 10. The grid is used for plotting the graph of the function $y = \frac{1}{2}x^2$.

Płeć: ☐ K ☐ M ☐ nie chcę podawać

Adres zamieszkania:



INFORMACJE DOTYCZĄCE PLANOWANEGO ZABIEGU

**ABY ZMNIJSZYĆ RYZYKO WYŻEJ WYMIENIONYCH POWIKŁAŃ,
PROSIMY ODPOWIEDZIEĆ NA NASTĘPUJĄCE PYTANIA:**

Zakreśl kółkiem właściwą odpowiedź

strona 1 z 2

Czy był/a Pani/Pan dotychczas operowana/y?

TAK NIE

Jeśli TAK, proszę podać kiedy i z jakiego powodu

OŚWIADCZENIE PERSONELU MEDYCZNEGO

Oświadczam, że w sposób zrozumiały i wyczerpujący przekazałem/am Pacjentowi/Przedstawicielowi ustawowemu informacje dotyczące:

- informacje o stanie zdrowia Pacjenta oraz rozpoznaniu,
- istoty, celu i charakteru proponowanego zabiegu,
- prawdopodobnych korzyści,
- możliwych zagrożeń, powikłań i ryzyka związanego z zabiegiem,
- proponowanych oraz dostępnych alternatywnych metod diagnostycznych i leczniczych,
- wynikach leczenia oraz rokowania,
- zaleceń przed-i pozabiegowych.

.....
data i podpis lekarza / osoby udzielającej informacji

.....
pieczęć placówki medycznej / lekarza

OŚWIADCZENIE PACJENTA/PREDSTAWICIELA USTAWOWEGO

1. Oświadczam, że:

W pełni zrozumiałam/em informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadawania pytań, na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący oraz otrzymałam/em materiały edukacyjne.

Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z lekarzem, spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat: rozpoznania, proponowanych oraz alternatywnych metod diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania, wyników badania górnego odcinka przewodu pokarmowego, rokowania, ewentualnego leczenia pooperacyjnego. Przyjmuję do wiadomości, że cel badania/zabiegu może nie zostać osiągnięty. Znane mi są możliwe powikłania związane z badaniem górnego odcinka przewodu pokarmowego.

Poinformowano mnie o możliwości wystąpienia powyższych powikłań i po uzyskaniu odpowiedzi lekarza na zadane pytania, wyrażam zgodę na gastroscopię oraz na ewentualne pobranie wycinka(ów) z przełyku, żołądka lub dwunastnicy do badania histopatologicznego, a także na endoskopowe usunięcie polipów jeżeli w trakcie zabiegu lekarz uzna to za konieczne. Ponadto wyrażam zgodę na zabieg tamowania krwawienia przy użyciu endoskopu w przypadku, gdy w trakcie zabiegu stwierdzone zostanie krwawienie.

Bez zastrzeżeń zgadzam się na przeprowadzenie u mnie badania gastroscopii oraz jego ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie jego przeprowadzania, w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. Oświadczam również, że podczas wywiadu lekarskiego i badania, nie zataiłam/em istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia, badań oraz przebytych chorób, uzależnień, przyjmowanych leków i substancji psychoaktywnych, w tym terapii alternatywnych.

2. Stwierdzam, że uzyskałam(am) wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania i wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody (niepotrzebne skreślić) na proponowany zabieg: gastroscopia.

.....
data i czytelny podpis pacjenta / opiekuna prawnego

INFORMACJE DODATKOWE

- W razie jakichkolwiek wątpliwości prosimy o pytania. Lekarz postara się wyjaśnić Pani/Panu wszystkie wątpliwości. Z powodu znieczulenia gardła prosimy przez dwie godziny po zabiegu nic nie jeść i nie pić. Prosimy poinformować lekarza jeśli w kilka godzin po zabiegu odczuwać będzie Pani/Pan silne bóle brzucha lub zaobserwują Państwo czarny stolec

- Przyjmuje się, że Pacjent/Przedstawiciel ustawowy został poinformowany o konieczności przestrzegania zaleceń przed- i po zabiegowych, które mają istotne znaczenie dla skuteczności i bezpieczeństwa zabiegu.

- Niniejsza zgoda może w każdej chwili zostać odwołana, jednak Pacjent/Przedstawiciel ustawowy został uprzedzony o możliwych konsekwencjach przerwania lub niewykonania zabiegu.

Informacja o administratorze danych: Informujemy, że administratorem podanych przez Panią/Pana danych osobowych jest Centrum Medyczne „Zdrowie Plus” A. Reznier Sp. k., ul. Karczówkowska 45, 25-713 Kielce, REGON 260214923, NIP 657-277-61-82. Dane osobowe przetwarzane będą w celu świadczenia usług medycznych, a także w celach archiwalnych. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji wskazanych wyżej celów.