

Świadoma zgoda pacjenta na udzielenie świadczenia zdrowotnego

Podstawa prawna: art. 16–18 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta; art. 32–34 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty

Miejscowość

Data

Dane pacjenta

Imię i nazwisko pacjenta

PESEL (lub data urodzenia)

Adres zamieszkania

Telefon kontaktowy

Adres e-mail

Świadczenie zdrowotne

Rodzaj badania / zabiegu / konsultacji / terapii

Poradnia / specjalista

Placówka: ☐ Pleszew ☐ Środa Wielkopolska

Oświadczenie pacjenta

Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a w sposób dla mnie zrozumiały o: celu, sposobie i przebiegu proponowanego świadczenia; spodziewanych korzyściach; możliwych powikłaniach i działaniach niepożądanych; dostępnych metodach alternatywnych; następstwach zaniechania świadczenia; sposobie przygotowania do świadczenia i zaleceniach po jego wykonaniu.

Miałem/-am możliwość zadawania pytań i uzyskałem/-am na nie wyczerpujące odpowiedzi. Rozumiem, że mogę wycofać zgodę w każdym momencie przed rozpoczęciem świadczenia.

- ☐ Wyrażam zgodę na udzielenie wyżej opisanego świadczenia zdrowotnego.
☐ Nie wyrażam zgody na udzielenie wyżej opisanego świadczenia zdrowotnego.

Uwagi pacjenta / dodatkowe informacje (np. alergie, przyjmowane leki, przebyte choroby):

Data i czytelny podpis pacjenta (lub przedstawiciela Data, pieczęć i podpis lekarza / osoby udzielającej
ustawowego) świadczenia