

.....
pieczęć świadczeniodawcy

Oświadczenie pacjenta
ŚWIADOMA ZGODA NA WYKONANIE ZABIEGU LASEROWEGO

Nazwisko i imię Data urodzenia

Rozpoznanie

Proponowany zabieg laserowy

Stwierdzam, że przedstawiłem pacjentowi planowany sposób leczenia oraz poinformowałem o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub wyniku zabiegu.

Podpis lekarza operującego

Oświadczenie pacjenta :

Oświadczam, że:

- Zapoznałem/łam się ze szczegółowym opisem leczenia, jego celowością i oczekiwanym wynikiem oraz potencjalnymi zagrożeniami mogącymi wystąpić w wyniku ww. leczenia i zgadzam się na proponowane leczenie.
- Zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie sposobu zabiegu w niezbędnym zakresie, jeśli sytuacja tego by wymagała, zgodnie z zasadami wiedzy medycznej.
- Zgadzam się na przeniesienie mnie do właściwego oddziału stacjonarnego zgodnie z decyzją lekarza operującego lub lekarza anestezjologa, jeżeli wymagałby tego mój stan zdrowia.
- Stwierdzam, że uzyskałem/łam wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania i proszę o wykonanie proponowanej operacji.

Ewentualne uwagi pacjenta

.....

.....

..... / /
data

.....
podpis i pieczęć lekarza

.....
podpis pacjenta

PCH-01/F-05