



Sanus Sp. z o.o.
NZOZ Przychodnia Lekarska „Obluże Leśne”
81-153 Gdynia ul. Unruğa 84
Sąd Rejonowy Gdańsk Północ VIII Wydział Gospodarczy KRS 0000024643
Kapitał zakładowy 51 060,00 pln
NIP 958-13-72-132 REGON 192501530
tel. 58 625 05 00; (058) 625 96 64; fax 058 625 40 03
e-mail: obluze.lesne@wp.pl
http://www.obluzelesne.pl/



ISO 9001
ISO/IEC 27001



AC 014

ŚWIADOMA ZGODA NA LECZENIE

w Sanus Sp. z o.o. NZOZ Przychodni Lekarskiej Obluże Leśne w Gdyni

Imię i nazwisko pacjenta:.....

PESEL pacjenta:

Rodzaj planowanego zabiegu:

Farmakoterapia:

Zgodnie z art. 15 i następną ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 nr 52 poz. 417 z póź. zm.) oraz art. 32-35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jednolity Dz. U. z 2005r. nr 226 poz. 1943 z późniejszymi zmianami), wyrażam zgodę na wykonanie planowanego wyżej opisanego zabiegu chirurgicznego.

Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia .

Zostałem(-am) poinformowany(a):

1. O rodzaju zabiegu, przewidywanym czasie trwania, sposobie znieczulania oraz przewidywanym wyniku.
2. O możliwości wystąpienia powikłań związanych z zabiegiem i przebiegiem gojenia.
3. O tym, że powodzenie samego zabiegu jak i okres gojenia są niemożliwe do przewidywania w pojedynczym przypadku. Prognozowanie jest oparte na danych statystycznych.
4. O braku dodatkowych kosztów / kosztach leczenia, które akceptuję.

Zobowiązuję się do przestrzegania zaleceń lekarskich oraz do zgłaszania się na kontrole w wyznaczonych terminach. Stwierdzam, że odpowiedzi udzielone na wszystkie moje pytania dotyczące zabiegu, dalszego leczenia a także możliwych powikłań i alternatywnych sposobów leczenia (włącznie z zaniechaniem leczenia) były dla mnie zrozumiałe i zostały udzielone w sposób wyczerpujący.

Wyrażam zgodę na wykonanie niezbędnych przed zabiegiem badań tj.

.....

Data

Podpis i pieczęć lekarza

Data, czytelny podpis