

Nr ICD 10.....

Data zabiegu:.....

Rodzaj znieczulenia.....

Konsultacja anestezjologiczna.....

ZGODA NA LECZENIE OPERACYJNE

Imię i nazwisko lat

1. Upoważniam lekarzy pracujących w Oddziale Urazowo - Ortopedycznym Szpitala „Pod Bukami” do przeprowadzenia u mnie niezbędnych badań oraz operacji:

.....
.....
.....

a jeżeli zaistnieją nieprzewidziane sytuacje w czasie leczenia do przeprowadzenia procedury dodatkowej lub innej aniżeli powyżej przewidziana.

2. Rodzaje i cele operacji, możliwe inne metody leczenia oraz ryzyko z tym związane zostały mi całkowicie i wyczerpująco przedstawione.

3. Rozumiem, że możliwe są powikłania w trakcie i po operacji o charakterze miejscowym i ogólnym związane z działalnością chirurgiczną i anestezjologiczną. Zostało mi to całkowicie i wyczerpująco przedstawione.

4. Rozumiem wskazania do poddania się operacji i stwierdzam, że /zostałem(am) poinformowany(a) o charakterze schorzenia i możliwych niepowodzeniach związanych z proponowanym leczeniem.

Stwierdzam, że przeczytałem(am) (zostało mi przeczytane) i w pełni rozumiem treść powyższej zgody na operację i otrzymałem(am) wszystkie i wyczerpujące wyjaśnienia oraz informacje.

.....
podpis pacjenta lub pełnomocnika

.....
podpis rodzica (dla pacjentów niepełnoletnich)

Bielsko-Biała dnia.....

.....
podpis lekarza

UWAGA:

**PROSIMY O KONTAKT Z DWUTYGODNIOWYM WYPRZEDZENIEM PRZED TERMINEM PLANOWANEGO ZABIEGU POD NUMER TELEFONU:693-089-500 OD PONIEDZIAŁKU DO PIĄTKU W GODZINACH 12⁰⁰-14⁰⁰
BRAK TAKIEGO TELEFONU BĘDZIE SKUTKOWAĆ PRZENIESIENIEM TERMINU ZABIEGU NA KONIEC KOLEJKI.**