

GASTROSKOPIA

(wypełnia lekarz)

Pacjent (imię, nazwisko) (wiek)

PESEL: ✓

Oświadczam, że poinformowano mnie o:

- obecnym stanie mojego zdrowia
- aktualnym rozpoznaniu (diagnozie)
- proponowanych mi oraz możliwych (alternatywnych) metodach diagnostycznych
- proponowanych mi oraz możliwych (alternatywnych) metodach leczniczych
- dających się przewidzieć następstwach (ryzykach, w tym zakażeniach i powikłaniach) zastosowania albo zaniechania metod diagnostycznych i leczniczych
- wynikach leczenia
- rokowaniu

Poinformowano mnie również o ryzyku w przypadku zaniechania (w wyniku braku zgody pacjenta) świadczenia medycznego. Ponadto poinformowano mnie, że jeżeli w trakcie wykonywania zabiegu endoskopowego albo stosowania metody leczniczej lub diagnostycznej wystąpią okoliczności, których nieuwzględnienie groziłoby mi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia, nie będzie możliwości niezwłocznego uzyskania mojej zgody, lekarz ma prawo, bez uzyskania mojej zgody, zmienić zakres zabiegu bądź metody leczenia lub diagnostyki w sposób umożliwiający uwzględnienie tych okoliczności. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii innego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności. O okolicznościach, o których mowa powyżej, lekarz dokonuje odpowiedniej adnotacji w dokumentacji medycznej oraz informuje pacjenta. Poinformowano mnie również, że mogę żądać aby lekarz udzielający świadczeń zdrowotnych zasięgnął opinii innego lekarza lub zwołał konsylium lekarskie, lecz może on odmówić jeżeli uzna to żądanie za bezzasadne. Wiem, że w każdym czasie mam prawo do odwołania udzielonej zgody, a pomimo tego, w miarę możliwości, będę otoczony opieką lekarską.

Informacji (wymienionych powyżej) udzielono mi ustnie otrzymałem też informację w formie pisemnej

Nazwiska lekarzy, którzy udzielali informacji

Informacje zrozumiałem i nie mam zastrzeżeń ani dalszych pytań mam zastrzeżenia, pytania
zgłaszam je na str. 2.

Na moje wyraźne żądanie - nie informowano mnie o:

- obecnym stanie mojego zdrowia
- aktualnym rozpoznaniu (diagnozie)
- proponowanych mi oraz możliwych (alternatywnych) metodach diagnostycznych
- proponowanych mi oraz możliwych (alternatywnych) metodach leczniczych
- dających się przewidzieć następstwach (ryzykach, w tym zakażeniach i powikłaniach) zastosowania albo zaniechania metod diagnostycznych i leczniczych
- wynikach leczenia
- rokowaniu

Wyrażam zgodę nie wyrażam zgody na wymienione powyżej świadczenie zdrowotne.

Kraków, dnia (imię nazwisko) (podpis)

*właściwie proszę zaznaczyć symbolem X

Niniejszym zgłaszam następujące zastrzeżenia / pytania:

Kraków, dnia (imię nazwisko) (podpis)

Oświadczam, że udzielono mi dodatkowych wyjaśnień i nie mam już żadnych zastrzeżeń ani pytań.

Kraków, dnia (imię nazwisko) (podpis)

Zgoda (lub brak zgody) pacjenta (lub przedstawiciela ustawowego) na przekazywanie określonym osobom informacji o jego stanie zdrowia i o udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz zgoda na uzyskiwanie wglądu do dokumentacji medycznej

Wyrażam zgodę na przekazywanie przez lekarza informacji o moim stanie zdrowia niżej wymienionym osobom (podać dane personalne, adres, nr. telefonu)

.....

Nikogo nie upoważniam do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia.

Upoważniam niżej wymienioną/e osobę/y do uzyskania w każdym czasie wglądu i udostępnienia mojej dokumentacji medycznej (podać dane personalne, adres, nr. telefonu)

.....

Nikogo nie upoważniam do uzyskiwania wglądu do mojej dokumentacji medycznej.

Kraków, dnia (podpis chorego lub przedstawiciela ustawowego)

*właściwe proszę zaznaczyć symbolem X