Wyspa Medycyny Przyjaznej Sp. z o. o. sp. k.
ul. Toruńska 15 lok. AU1 80 – 747 Gdańsk
TEL: 600 006 913

ŚWIADOMA ZGODA NA ZABIEG

Rodzaj planowanego zabiegu: **WAZEKTOMIA**

Zgodnie z art. 15 i następne 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 dentysty (tekst jednolity Dz. U. z 2005 nr 226 poz. 1943 z późniejszymi zmianami), wyrażam zgodę na wykonanie planowanego wyżej opisanego zabiegu chirurgicznego.

Oświadczam, że udzieliłem wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia.

Zostałem poinformowany:

O rodzaju zabiegu, przewidywanym czasie trwania, sposobie znieczulania oraz przewidywanym wyniku.

O możliwości wystąpienia powikłań związanych z zabiegiem i przebiegiem gojenia – *zgodnie z załącznikiem nr 1 do niniejszego oświadczenia. **

O tym, że powodzenie samego zabiegu jak i okres gojenia są niemożliwe do przewidywania w pojedynczym przypadku. Prognozowanie jest oparte na danych statystycznych.

O 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.

Data

Podpis i pieczątka lekarza Czytelny podpis Pacjenta

** Załącznik 1: informacja ogólna o wazektomii, opis zabiegu, możliwych powikłań, procesu rekonwalescencji.*