

ZGODA NA ZABIEG

Imię i nazwisko Pacjenta:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Rodzaj planowanego zabiegu / zabiegów:

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

Oświadczam, że zostałem/am szczegółowo poinformowany/a przez lekarza Kliniki Dr Jamont o charakterze, celu oraz przebiegu planowanego zabiegu chirurgicznego lub medycznego, a także o możliwych do osiągnięcia efektach leczenia.

Zdaję sobie sprawę, że chirurgia plastyczna i medycyna zabiegowa nie są naukami ścisłymi, a ostateczny rezultat zabiegu nie może być w pełni przewidziany ani zagwarantowany.

Zostałem/am poinformowany/a o ryzyku wystąpienia powikłań typowych oraz nietypowych, które mogą wystąpić mimo zachowania należytej staranności przez personel medyczny.

Do możliwych powikłań należą w szczególności: krwawienie, krwiaki, zakażenie, zaburzenia gojenia, martwica tkanek, powstawanie blizn, asymetria, reakcje alergiczne, zaburzenia czucia, dolegliwości bólowe oraz inne powikłania zależne od indywidualnych predyspozycji organizmu.

Zostałem/am poinformowany/a, że na efekt leczenia wpływają zarówno czynniki zależne od lekarza i prawidłowej kwalifikacji do zabiegu, jak i czynniki niezależne, takie jak proces gojenia, reakcja tkanek, uwarunkowania genetyczne oraz stosowanie się do zaleceń pooperacyjnych.

Przyjmuję do wiadomości, że w trakcie zabiegu mogą wystąpić nieprzewidziane sytuacje, które mogą wymagać zmiany zakresu lub techniki zabiegu, jeżeli będzie to konieczne dla ochrony mojego zdrowia lub życia.

Moja zgoda została wyrażona dobrowolnie, po uzyskaniu wyczerpujących odpowiedzi na wszystkie zadane pytania, bez jakiegokolwiek nacisku.

Podpis Pacjenta: Data:

PRZEDOPERACYJNA KARTA BADANIA PACJENTA

Imię i nazwisko:

Wiek: Wzrost: Waga:

1. Przebyte choroby przewlekłe (serca, płuc, wątroby, nerek, tarczycy, cukrzyca): TAK NIE

2. Przebyte operacje i hospitalizacje: TAK NIE Jakiej?

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

3. Powikłania po wcześniejszych zabiegach lub znieczuleniach: TAK NIE

4. Choroby układu krążenia (nadciśnienie, arytmie, zawał): TAK NIE

5. Choroby układu oddechowego (astma, POChP): TAK NIE

6. Zaburzenia krzepnięcia krwi, skłonność do krwawień: TAK NIE

7. Alergie (leki, lateks, środki odkażające): TAK NIE Jakiej?

8. Przyjmowane leki, suplementy, antykoagulanty:

9. Palenie tytoniu: TAK NIE Alkohol: TAK NIE

10. Ciąża lub jej podejrzenie (dot. kobiet): TAK NIE

11. Inne istotne informacje medyczne:

Oświadczam, że wszystkie powyższe informacje są prawdziwe i kompletne. Jestem świadomy/a odpowiedzialności za podanie nieprawdziwych danych.

Podpis Pacjenta: Data:

OŚWIADCZENIE PACJENTA I ZGODA NA ZNIECZULENIE

Oświadczam, że lekarz przeprowadził ze mną szczegółową rozmowę dotyczącą planowanego rodzaju znieczulenia oraz jego przebiegu.

Zostałem/am poinformowany/a o możliwych powikłaniach związanych ze znieczuleniem, takich jak reakcje alergiczne, zaburzenia oddychania, krążenia, nudności, wymioty, a w rzadkich przypadkach także poważne powikłania ogólnoustrojowe.

Oświadczam, że nie zataiłem/am żadnych informacji dotyczących mojego stanu zdrowia oraz że przestrzegąłem/am zaleceń dotyczących pozostawania na czczo przed zabiegiem.

Wyrażam świadomą i dobrowolną zgodę na zastosowanie znieczulenia:

- ogólnego
- miejscowego
- miejscowego z krótkotrwałym dożylnym .

Zostałem/am poinformowany/a o zakazie prowadzenia pojazdów mechanicznych oraz podejmowania ważnych decyzji przez co najmniej 24–48 godzin po zabiegu.

Podpis Pacjenta:

Podpis Lekarza:

Data: