

Nazwisko i imię Pacjenta:.....

**ŚWIADOMA I DOBROWOLNA ZGODA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**  
**Oświadczenie pacjenta, przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego**

Niniejszym oświadczam, że:

- zapoznałem/am się i w pełni zrozumiałem/am informacje dotyczące leczenia/zabiegu, celowości, sposobie jego przeprowadzenia, oczekiwanych korzyści zdrowotnych, o możliwym postępowaniu alternatywnym oraz o możliwych powikłaniach i ryzyku mogących wystąpić podczas bądź na skutek przeprowadzonego leczenia/zabiegu.
- zapewniono mi nieograniczone możliwości zadawania pytań i na wszystkie udzielono mi wyczerpujące odpowiedzi i wyjaśnienia w sposób przystępny i zrozumiały.
- udzieliłem/am lekarzowi wszystkich informacji o stanie zdrowia mogących mieć znaczenie dla leczenia i przeprowadzanego leczenia/zabiegu. Ponadto oświadczam, że przekazane informacje są zgodne z prawdą.

**Wobec powyższego oświadczam, że wyrażam świadomą i dobrowolną zgodę na przeprowadzenie proponowanego leczenia/zabiegu:**

.....

Oświadczam, że znana mi jest treść art. 35 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, zgodnie z którym:

Jeżeli w trakcie wykonywania zabiegu operacyjnego albo stosowania metody leczniczej lub diagnostycznej wystąpią okoliczności, które nieuwzględnienie groziłby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszczerbkiem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia, a nie ma możliwości niezwłocznie uzyskać zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, lekarz na prawo, bez uzyskania tej 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 drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

.....  
data, podpis pacjenta, przedstawiciela ustawowego  
lub opiekuna faktycznego

Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie proponowanego leczenia/zabiegu i zostałem/am poinformowany/a o możliwych negatywnych konsekwencjach tej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

.....  
data, podpis pacjenta, przedstawiciela ustawowego  
lub opiekuna faktycznego

Oświadczam, iż poinformowałem pacjenta lub przedstawiciela ustawowego (inny osoby bliskie) lub opiekuna faktycznego o planowym sposobie leczenia/zabiegu, celowości, oczekiwanych korzyściach zdrowotnych, o możliwym postępowaniu alternatywnym oraz o możliwych powikłaniach i ryzyku mogących wystąpić podczas bądź na skutek przeprowadzonego leczenia/zabiegu.

Informacje o przyczynach zmiany procedury udzielenia informacji lub uzyskania zgody w trybie art. 31-34 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz art. 9-11 i 15-19 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta:

.....  
data i podpis lekarza