

Miejscowość, dnia

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

(pieczęć podmiotu leczniczego)

ZGODA NA MAŁY ZABIEG MEDYCZNY / INTERWENCJĘ MEDYCZNĄ

Ja – *(imię i nazwisko pacjenta)* nr PESEL, seria i nr dokumentu tożsamości niżej podpisany(-na) na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*¹ oświadczam, że świadomie wyrażam dobrowolną zgodę na udzielenie mi świadczenia zdrowotnego w postaci małego zabiegu medycznego lub interwencji medycznej,

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

(nazwa i opis małego zabiegu medycznego / interwencji medycznej)

Ponadto oświadczam, że zostałem wyczerpująco poinformowany (-na) w sposób dla mnie jasny, zrozumiały i nie budzący jakichkolwiek wątpliwości:

- o rodzaju i charakterystyce przedmiotowego małego zabiegu medycznego / interwencji medycznej oraz przewidywanym czasie jego trwania;
- o tym, że powodzenie samego przedmiotowego małego zabiegu medycznego /

¹ Dz. U. z 2024 r. poz. 581.

interwencji medycznej nie jest możliwe do ścisłego przewidzenia w indywidualnym przypadku;

- o możliwych sposobach ewentualnego znieczulenia;
- o możliwych do osiągnięcia efektach przedmiotowego małego zabiegu medycznego / interwencji medycznej w moim przypadku;
- o możliwości wystąpienia negatywnych następstw związanych z przedmiotowym małym zabiegiem medycznym / interwencją medyczną, o związanym z nim ryzykiem oraz o możliwości wystąpienia powikłań;
- o statystycznie przewidywanym przebiegu gojenia, w tym że o tym, że ujmując ściśle okres gojenia jest niemożliwy do ścisłego przewidzenia w indywidualnym przypadku;

Oświadczam także, że:

- miałem (-am) możliwość zadawania wyczerpujących pytań dotyczących przedmiotowego małego zabiegu medycznego / interwencji medycznej oraz uzyskałem odpowiedzi, którą są dla mnie jasne i nie budzące jakichkolwiek wątpliwości;
- nie zataiłem (-am), nie ukryłem (-am) i nie pomiąłem (-am) istotnych informacji o moim aktualnym stanie zdrowia, w tym ujawniłem wszystkie znane mi schorzenia i dolegliwości, przebieg dotychczasowego leczenia i przyjmowane leki. Mam pełną świadomość, że zatajenie, ukrycie lub pominięcie jakichkolwiek ww. informacji może spowodować negatywne konsekwencje dla mojego stanu zdrowia;
- zostałem poinformowany (-na) przez lekarza o dających się przewidzieć następstwach zarówno wykonania przedmiotowego małego zabiegu medycznego / interwencji medycznej, jak również zaniechania udzielenia mi takiego świadczenia zdrowotnego w kontekście mojego stanu zdrowia, rozpoznania i rokowań;

Oświadczam, że udzielone mi informacje dotyczące przedmiotowego małego zabiegu medycznego / interwencji medycznej, jak również dalszego planowanego leczenia, związanego z nim ryzyka i możliwości wystąpienia powikłań są wyczerpujące, dla mnie jasne i nie budzą jakichkolwiek wątpliwości. Oświadczam również, że nie potrzebuję więcej czasu na podjęcie decyzji w przedmiocie wyrażenia zgody na wykonanie przedmiotowego małego zabiegu medycznego / interwencji medycznej oraz udzielenia tej zgody w sposób dobrowolny, przemyślany i w pełni świadomy.

Niniejsze oświadczenie sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla pacjenta oraz podmiotu medycznego udzielającego przedmiotowego świadczenia zdrowotnego.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis pacjenta)

Przed podpisaniem ww. oświadczenia potwierdziłem(-am) tożsamość ww. pacjenta na podstawie okazanego mi dokumentu tożsamości.

.....
(miejsowość, data)

.....
(imię i nazwisko oraz podpis osoby odbierającej oświadczenie od pacjenta)