

Świadoma Zgoda na badanie/zabieg

.....
Imię i nazwisko, PESEL

Proponowane badanie/zabieg: Kolonoskopia w ramach programu badań przesiewowych

Stwierdzam, że przedstawiłem pacjentowi planowane postępowanie oraz poinformowałem o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w jego przebiegu lub w wyniku jego zastosowania

.....
Imię i nazwisko lekarza

Oświadczenie Pacjenta:

Oświadczam, że:

- Zapoznałem/-am się ze szczegółowym opisem postępowania diagnostycznego / leczniczego, jego celowością i oczekiwanym wynikiem oraz potencjalnymi zagrożeniami mogącymi wystąpić w wyniku w/w leczenia i zgadzam się na badanie kolonoskopowe i proponowany zabieg.
- Jeśli badanie wykonane będzie w znieczuleniu ogólnym/przewodowym wyrażam zgodę.
- Zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie sposobu badania/zabiegu w niezbędnym zakresie jeśli sytuacja tego by wymagała, zgodnie z zasadami wiedzy medycznej.
- Zgadzam się na przeniesienie mnie do właściwego oddziału stacjonarnego zgodnie z decyzją lekarza wykonującego badanie/zabieg lub lekarza anestezjologa, jeśli wymagałby tego mój stan zdrowia.
- Stwierdzam, że uzyskałem wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania i proszę o zastosowanie proponowanego postępowania.
- Prospekt informacyjny dotyczący badania/zabiegu endoskopowego otrzymałem, przeczytałem i zrozumiałem.
- Wyrażam świadomą i dobrowolną zgodę na proponowany rodzaj badania/zabiegu.

Warszawa, dnia.....

Podpis pacjentki/pacjenta.....

Podpis opiekuna prawnego.....

Podpis /pieczętka lekarza