

**ZGODA NA OPERACJĘ, ZNIECZULENIE,  
ZABIEGI DIAGNOSTYCZNE I PODAWANIE LEKÓW**

Imię i Nazwisko Pacjenta: ..... ID: .....

Rozpoznanie przedoperacyjne: .....

Data: ..... Godzina: .....

1) Wyrażam zgodę i upoważniam: .....  
Imię i Nazwisko lekarza, specjalizacja

do wykonania u mnie / mojego dziecka .....  
Imię i Nazwisko Pacjenta / dziecka

następujących zabiegów operacyjnych: .....

.....  
.....

oraz wykonania badań diagnostycznych: .....

.....

- 2) Poinformowano mnie o charakterze proponowanej operacji, zabiegów diagnostycznych i leczenia. Poinformowano mnie o alternatywnych sposobach postępowania, ryzyku oraz możliwych powikłaniach proponowanego leczenia operacyjnego, wykonywanych badań diagnostycznych i podawania leków, w tym także tych, które mają związek ze znieczuleniem. Informacje te zostały mi przedstawione jasno i świadomie podpisuję niniejszą zgodę.
- 3) Wiem, że nie ma gwarancji ani pewności co do rezultatów, jakie mają być uzyskane w wyniku proponowanego leczenia.
- 4) W pełni upoważniam zespół lekarzy anestezjologów do podawania i stosowania takich leków, włączając w to leki znieczulenia ogólnego oraz takich zabiegów, jakie uważają za słuszne.
- 5) Niniejszym dokumentem, dodatkowo potwierdzam, że wszystkie opisane powyżej działania mogą być wykonywane na terenie CenterMed Sp. Z o.o.
- 6) Oświadczam, że przebyłem (-am) / dziecko przebyło wymagany cykl szczepień przeciw Wirusowemu Zapaleniu Wątroby, a w przypadku braku szczepień jestem świadomy (-a) ryzyka zakażenia WZW.

Potwierdzam, że przeczytałem (-am) i w pełni zrozumiałem (-am) powyższą zgodę:

Uzyskałem (-am) zadowalające mnie odpowiedzi na wszystkie pytania, a przedstawione powyżej zagadnienia wyjaśniono mi w satysfakcjonujący mnie sposób.

.....  
Data i podpis Pacjenta / Opiekuna

.....  
stopień pokrewieństwa (w przypadku Opiekuna)

.....  
Data i podpis lekarza przyjmującego zgodę

.....  
Data i podpis lekarza anestezjologa