

Zgoda na zabieg diagnostyczny i/lub terapeutyczny

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA

.....

DATA URODZENIA **PESEL**

NAZWA ODDZIAŁU **NR HISTORII CHOROBY**

1. Rodzaj schorzenia i wskazania do wykonania zabiegu

W trakcie dotychczas przeprowadzonej diagnostyki rozpoznano u Pani/Pana:

.....

.....

2. Nazwa i opis proponowanego zabiegu

Po szczegółowej analizie Pani/Pana przypadku proponuję wykonanie następującego zabiegu:

.....

.....

.....

3. Cel i korzyści proponowanego zabiegu

.....

.....

4. Opis innych dostępnych metod leczenia

.....

.....

5. Opis powikłań standardowych związanych z proponowaną procedurą medyczną lub operacją (w miarę możliwości ze wskazaniem procentowego prawdopodobieństwa wystąpienia)

.....

.....

.....

6. Opis zwiększonego ryzyka powikłań w związku ze stanem zdrowia pacjenta

.....

.....

7. Opis prognozy pooperacyjnej i powikłań odległych

.....

.....

8. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

.....

.....

9. Dodatkowe działania jakie mogą okazać się konieczne podczas zabiegu:

– transfuzja krwi

– inne działania (opis)

.....

.....

