

## ZGODA NA HOSPITALIZACJĘ

Oświadczanie Pacjenta/Pacjentki o wyrażeniu świadomej zgody na hospitalizację, przeprowadzenie niezbędnych badań, przeprowadzenie zabiegu operacyjnego w znieczuleniu oraz o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia, udzielonych świadczeniach zdrowotnych i uzyskiwania dokumentacji medycznej.

Nazwisko ..... Imię .....

Data urodzenia 

--	--

--	--

--	--	--	--

 Pesel 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Rozpoznanie .....

.....

Oświadczam, że lekarz .....

udzielił mi przystępnej informacji o:

- moim stanie zdrowia;
- rozpoznaniu / podejrzeniu choroby jw.;
- proponowanych (jak poniżej) i alternatywnych metodach diagnostycznych i leczniczych;
- dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, w tym o możliwości ewentualnych powikłań, wynikających z przeprowadzenia badań diagnostycznych i operacji, m. in. takich jak: *możliwość niepowodzenia operacji i dalszy rozwój choroby ze zgonem włącznie, śródoperacyjne złamanie i konieczność lub nie jego zespolenia, brak możliwości osadzenia implantów, uszkodzenie nerwów lub dużych naczyń tętniczych i żylnych, krwotok śródoperacyjny, wtórne krwawienie lub krwiaki wymagające przetoczenia krwi i / lub ponownej interwencji operacyjnej, zwichnięcie endoprotezy, obluzowanie się lub zniszczenie elementów endoprotezy, powikłania zakrzepowo-zatorowe, powstanie obrzęków limfatycznych, zakażenie rany pooperacyjnej, powstanie przewlekłego stanu zapalnego kości, ograniczenie lub niemożność lokomocji, konieczność amputacji kończyny, konieczność opieki osób trzecich;*
- możliwości zmiany zakresu zabiegu, jeżeli będzie tego wymagała sytuacja wynikła w czasie operacji;
- Rokowaniach na przyszłość w wyniku przeprowadzenia zabiegu: *dobrych / średnich / ograniczonych.*

Wyjaśnił mi również istotę planowanego u mnie zabiegu operacyjnego w postaci

..... oraz możliwych konsekwencjach, związanych z nieprzeprowadzeniem zabiegu.

Anestezjolog ..... przeprowadził/a ze mną rozmowę. Wyjaśnił/a mi istotę oraz przebieg proponowanego znieczulenia: *ogólne / zewnątrzoponowe / podpajęczynówkowe / miejscowe / odcinkowe / blokada splotu ramiennego*. Przedstawił/a mi również wszelkie możliwe problemy związane ze znieczuleniem, jego wady i zalety oraz ewentualne zagrożenia z nim związane. W pełni zrozumiałem/am te informacje i wyjaśnienia. Mogłem/am zadać dodatkowe pytania oraz przedstawić lekarzom swoje zdanie w tym zakresie.

Po zapoznaniu się z powyższą informacją, w pełni świadomy/a, wyrażam zgodę na przeprowadzenie u mnie wyżej określonej operacji w zaproponowanym znieczuleniu. Zgadzam się na wszelkie niezbędne postępowania anestezyjologiczne, poprzedzające znieczulenie oraz na ewentualną transfuzję krwi, związaną z zabiegiem. W pełni świadomy/a wyrażam również zgodę na zmianę lub rozszerzenie zabiegu oraz zmianę lub rozszerzenie znieczulenia, jeśli okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzania operacji.

Upoważniam / Nie upoważniam nikogo .....

..... o numerze telefonu .....

do uzyskiwania informacji na temat mojego stanu zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej.

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Podpis lekarza

\_\_\_\_\_

Podpis pacjenta