

Wyrażam zgodę na zabieg operacyjny w trybie ambulatoryjnym:

Imię i nazwisko pacjentaNr kartoteki.....

Rodzaj zabiegu operacyjnego:.....

.....
oraz na uzasadnione zmiany lub rozszerzenie postępowania chirurgicznego w tym zmianę rodzaju i zakresu operacji. Zgadzam się również na towarzyszące zabiegowi operacyjnemu postępowanie tj. znieczulenie miejscowe a w razie konieczności infuzję płynów, podanie leków w trakcie zabiegu.

.....
(podpis pacjenta / opiekuna)

.....
(identyfikator lekarza kwalifikującego
do zabiegu operacyjnego)

Lekarz..... przeprowadził ze mną rozmowę wyjaśniającą problem zabiegu operacyjnego. Podczas tej rozmowy mogłem/-am pytać o wszystkie interesujące mnie problemy dotyczące zabiegu operacyjnego, związane z tym ryzyko, ewentualne powikłania oraz inne okoliczności, które mogą wystąpić przed i po operacji.

dnia.....

.....
(podpis pacjenta / opiekuna)