

Imię i nazwisko pacjenta: PESEL:

Oświadczam że:

Zostałam/em poinformowana/y przez lekarza
o istocie choroby i możliwościach jej leczenia imię i nazwisko lekarza

Zgadzam się na przeprowadzenie operacji

.....
rodzaj operacji

Oświadczam, że cel i sposób wykonania przedmiotowego zabiegu są mi znane. Stopień ryzyka i możliwości powikłań zostały mi przedstawione w sposób zrozumiały.

Wyrażam zgodę na wykonanie operacji w znieczuleniu

.....
rodzaj znieczulenia

Wyrażam zgodę na ewentualną zmianę techniki operacyjnej i/lub zabiegu, jeżeli obraz śródoperacyjny będzie tego wymagał i będzie to z pożytkiem dla mojego zdrowia,

Wyrażam zgodę na przeniesienie mnie do właściwego oddziału stacjonarnego zgodnie z decyzją lekarza operującego lub lekarza anestezjologa, jeśli wymagałby tego mój stan zdrowia,

Uzyskałam/em informacje o możliwości powstania powikłań takich jak pogorszenie ostrości wzroku lub brak poprawy ostrości, wystąpienie odczynu zapalnego, wystąpienie torbielowatego obrzęku płamki czy odwarstwienia siatkówki, jak również bardzo rzadkich, ciężkich powikłań jak pogorszenie, utrata widzenia, a nawet utrata oka. Powikłania te, gdyby wystąpiły mogły wymagać dodatkowego leczenia, w tym także szpitalnego.

Zostałam/em poinformowany o możliwości korekcji okularowej po zabiegu, decyzję co do wszczepienia implantu innego niż planowany, czy nie wszczepienia implantu, jeśli sytuacja operacyjna będzie tego wymagała, pozostawiam lekarzowi operującemu. Także decyzję co do premedykacji i znieczulenia pozostawiam lekarzom.

Uzyskałam/em od lekarza odpowiedzi na wszystkie pytania, które dotyczyły mojego stanu zdrowia. Udzielone mi wyjaśnienia i informacje zrozumiałam/em.

Posiadając tę wiedzę wyrażam świadomie i dobrowolnie zgodę na przeprowadzenie proponowanego zabiegu oraz wszelkie inne działania medyczne, zlecane przez lekarza i związane z tym zabiegiem, a wykraczające poza znany mi jego zakres przedmiotowy, jeżeli wszelka zwłoka związana z uzyskaniem mojej zgody na te działania mogłaby spowodować zagrożenie dla bezpieczeństwa mojego zdrowia i życia.

.....
Data

.....
Podpis pacjenta

.....
Podpis i pieczętka lekarza