

OŚWIADCZENIE / ZGODA PACJENTA NA WYKONANIE GASTROSKOPII / KOLONOSKOPII /SIGMOIDOSKOPII /EUS

Imię i nazwisko pacjenta

Pesel /data urodzenia

Oświadczam, że uzyskałem/am od lekarza zrozumiałą i niebudzącą moich wątpliwości informację o celu badania, proponowanych oraz możliwych towarzyszących badaniu działaniach diagnostycznych i leczniczych, o rodzaju i sposobie przeprowadzenia zabiegu. Poinformowano mnie o korzyściach wynikających z badania oraz wszelkich możliwych do przewidzenia wiążących się z nim ryzykach, w tym ryzykach rzadko występujących.

Jednocześnie oświadczam, że udzieliłem/am pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego, nie zataiłem/am żadnych istotnych informacji o stanie mojego zdrowia, w tym m.in. informacji o chorobach przewlekłych, przebiegu dotychczasowego leczenia i przyjmowanych lekach.

Potwierdzam, że uzyskałem/am wyczerpujące i zrozumiałe dla mnie odpowiedzi na wszystkie zadane pytania. Zapoznałem/am się i zrozumiałem/am informacje zawarte w niniejszej zgodzie. Zagwarantowano mi możliwość zadawania pytań i uzyskania dodatkowych wyjaśnień. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że mogę cofnąć udzieloną zgodę na każdym etapie.

Oświadczam, że jestem należycie poinformowany/na i rozumiem ryzyko związane z tym zabiegiem i zgadzam się na wykonanie :

- GASTROSKOPII
- KOLONOSKOPII
- SIGMOIDOSKOPII
- EUS (endosonografia , ultrasonografia endoskopowa)

Jednocześnie wyrażam zgodę na ewentualną zmianę pierwotnie ustalonego zakresu zabiegu polegającą na jego ograniczeniu (zmniejszenie zasięgu oceny endoskopowej) lub rozszerzeniu (np. tamowanie krwawiących zmian, usuwanie polipów), jeśli będzie to szczególnie uzasadnione wystąpieniem nieprzewidzianych okoliczności, których nieuwzględnienie groziłoby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia.

.....

Data , podpis pacjenta

.....

Data , podpis lekarza