

ZGODA NA WYKONANIE ZABIEGU ORAZ ZGODA NA LECZENIE

Rodzaj planowanego zabiegu: plastyka palca

Zgodnie z art. 15 i następną ustawą z dnia 6 listopada 2008r. o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 nr 52 poz. 417 z późn. zm) oraz art. 35-35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jednolity Dz. U. z 2005 nr 226 poz. 1943 z późniejszymi zmianami), wyrażam zgodę na wykonanie planowanego wyżej zabiegu chirurgicznego. Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia. Zostałem(-am) poinformowany(-a) w sposób wyczerpujący i nie budzący moich wątpliwości:

- o rodzaju zabiegu i wiążącym się z nim ryzykach, przewidywanym czasie trwania, sposobie znieczulenia oraz przewidywanym wyniku zabiegu,
- o możliwości wystąpienia powikłań związanych z zabiegiem i przebiegiem gojenia (krwiaki, zakażenia spowodowane zaniedbaniem rany w pielęgnacji domowej, zejście płytki paznokciowej, obrzęk),
- o kosztach leczenia, które akceptuję.

Zobowiązuję się do przestrzegania zaleceń lekarskich oraz do zgłaszania się na kontrole w wyznaczonych terminach. Rozumiem, że niestawienie się na umówionej wizycie skutkuje oczekiwaniem na kolejny wolny termin, co komplikuje i wydłuża prawidłowe prowadzenie leczenia.

Jestem świadomy/a, że leczenie wymaga kontynuacji w gabinecie podologicznym przez wyznaczonego specjalistę i obejmuje (w niektórych przypadkach) terapię ortonyksyjną i stosowanie preparatów wskazanych przez podologa. Brak stawiania się na wyznaczonych wizytach jak i brak kontynuacji terapii w gabinecie podologicznym jest równoznaczny z możliwością wystąpienia komplikacji, nawrotów i brakiem efektu zabiegu chirurgicznego.

Wyrażam zgodę na wykonywanie niezbędnych przed zabiegiem badań jeżeli takie będą potrzebne.

Wyrażam zgodę na wykonywanie dokumentacji fotograficznej.

Stwierdzam, że odpowiedzi udzielone na wszystkie moje pytania dotyczące zabiegu, dalszego leczenia a także możliwych powikłań i alternatywnych sposobów leczenia (włącznie z zaniechaniem leczenia) były dla mnie zrozumiałe i zostały udzielone w sposób wyczerpujący.

Oświadczam, że wyrażam świadomą zgodę na zabiegi i dalsze leczenie. Rozumiem, że pełen efekt zabiegowy zostanie osiągnięty tylko poprzez ścisłe stosowanie się do zaleceń lekarza prowadzącego i podologa.

Imię i nazwisko:..... Data:.....

CZYTELNY PODPIS PACJENTA/OPIEKUNA PRAWNEGO.....

PESEL.....