**ZGODA PACJENTA NA WYKONANIE ZABIEGU/CZYNNOŚCI**

**diagnostycznej podwyższonego ryzyka**

**Pacjent(ka) (imię i nazwisko).............................................................................................**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**PESEL**

**Wyrażam zgodę na wykonanie zabiegu/czynności**

**diagnostycznej**...............................................................................................................

**Zostałem(-am) poinformowany(-a)** o: alternatywnych metodach leczenia, sposobie przeprowadzenia planowanego zabiegu, typowych i nietypowych następstwach i powikłaniach planowanego zabiegu, a także o sposobie postępowania po wykonaniu zabiegu.

Przed wykonaniem zabiegu/czynności diagnostycznej, udzieliłem pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego odnośnie mojego stanu zdrowia, przyjmowanych leków, oraz przebytych zabiegów.

Informacja przekazana przez lekarza jest dla mnie w pełni jasna i zrozumiała.

W trakcie rozmowy z lekarzem miałam(-em) możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego postępowania medycznego.

**Oświadczam, że zapoznałam(-em) się z powyższym tekstem i wyrażam świadomą zgodę na wykonanie zabiegu/czynności diagnostycznej.**

Miejscowość.................................................... Data i godzina………………………….

 ………………….……………….. ………………………….…………

 podpis pacjenta(ki)/opiekuna prawnego podpis lekarza