

DANE PACJENTA: ..... PESEL.....Nr KS. Gf. ....

### ZGODA PACJENTA NA PROCEDURĘ MEDYCZNĄ

Po wyczerpującym i zrozumiałym poinformowaniu mnie o mojej chorobie oraz o skutkach i ewentualnych powikłaniach **wyrażam / nie wyrażam\*** zgody na proponowaną procedurę medyczną\*\*.

Jednocześnie oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a) o możliwych powikłaniach proponowanej procedury, a także konsekwencjach zaniechania leczenia oraz możliwości podjęcia alternatywnych metod postępowania lekarskiego. Miałem(am) możliwość uzyskania dodatkowych informacji o moim stanie zdrowia, celu proponowanych procedur medycznych, rokowaniu związanym z moim stanem zdrowia i proponowanym leczeniem, a także wyjaśnienia wątpliwości i niejasności przekazanych informacji. Informacje w ten sposób uzyskane były dla mnie zrozumiałe, jasne, precyzyjne i wyczerpujące. Oświadczam, że miałem(am) możliwość zadawania pytań na temat niżej wymienionej procedury i uzyskałem(am) wyczerpujące i zrozumiałe dla mnie odpowiedzi.

### Rodzaj procedury: ECHOKARDIOGRAFICZNE BADANIE PRZEZPRZEŁYKOWE (TEE)

.....  
(data, godzina i czytelny podpis pacjenta powyżej 16 roku życia)

.....  
pieczętka i podpis lekarza

.....  
i/lub jego przedstawiciela ustawowego pacjenta / opiekuna prawnego)

Jako przedstawiciel ustawowy dziecka / osoby częściowo ubezwłasnowolnionej/osoby ubezwłasnowolnionej **wyrażam / nie wyrażam\*** zgody na przeprowadzenie powyżej wspomnianej procedury u mojego dziecka / osoby częściowo ubezwłasnowolnionej / osoby ubezwłasnowolnionej. Jednocześnie potwierdzam, że zostałem(am) poinformowany(a), że wyżej wymieniona procedura u mojego niepełnoletniego, lecz powyżej 16 roku życia dziecka / osoby częściowo ubezwłasnowolnionej / osoby ubezwłasnowolnionej, która jest w stanie ze zrozumieniem wypowiedzieć opinię w tej sprawie/ wymaga również zgody samego pacjenta.

.....  
(data, godzina i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego pacjenta / opiekuna prawnego pacjenta)

\*niepotrzebne skreślić

\*\*zgodnie z "Listą procedur w UCK wymagających osobnej zgody pacjenta" – załącznik do IO-LiH-01 „Zgody pacjenta na świadczenia zdrowotne”