

Zgoda na zabieg operacyjny

Nazwisko Imię

Adres
..... kod miasto ulica

Data urodzenia

Pesel

1. Niniejszym lekarz zostaje upoważniony przeze mnie do przeprowadzenia na mnie zabiegu operacyjnego

.....
.....

2. Istota, efekt zabiegu operacyjnego, ewentualne powikłania z tym związane, jak i alternatywne metody leczenia zostały mi w pełni wyjaśnione przez w/w lekarza i zrozumiałem je.

3. Upoważniam w/w lekarza do przeprowadzenia każdego innego zabiegu, który może okazać się konieczny w każdej nieprzewidzianej okoliczności, która może wystąpić podczas i po zabiegu.

4. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie znieczulenia zaproponowanego mi przez w/w lekarza.

5. Wyrażam zgodę na wykonanie fotografii przed i po zabiegu operacyjnym rozumiejąc, że są one własnością operującego lekarza, mogą być publikowane i prezentowane w celach naukowych.

Poniżej złożonym podpisem potwierdzam, że powyższą zgodę na zabieg operacyjny podpisałem, otrzymałem kopię, w pełni zrozumiałem zawartość upoważnienia w/w lekarza do przeprowadzenia na mnie zabiegu.

Częstochowa, dnia

.....

Podpis pacjenta

.....