



wielkopolskie centrum onkologii

Oświadczenie i zgoda pacjenta na zabieg / operacje

Imię i nazwisko pacjenta.....

Adres zamieszkania.....data urodzenia.....

Dr.....odbył(a) dzisiaj ze mną rozmowę wyjaśniającą potrzebę przeprowadzenia u mnie **zabiegu / operacji**, jako najkorzystniejszej dla mnie metody leczenia. Dostarczył(a) mi wszelkich informacji co do rodzaju zabiegu / operacji, powikłań oraz skutków ubocznych mogących wystąpić podczas i po zabiegu / operacji a także innych metod leczenia. W trakcie rozmowy mogłem(am) pytać o wszystkie interesujące mnie problemy dotyczące zabiegu / operacji, związanego z nią ryzyka oraz innych okoliczności przed i pooperacyjnych. Uzyskałem(am) odpowiedzi na wszystkie interesujące mnie pytania. Nie mam więcej pytań. Niniejszym **wyrażam zgodę** na przeprowadzenie zabiegu / operacji.....

.....i upoważniam lekarzy do wykonania czynności, które uznają za stosowne dla ratowania mojego zdrowia i życia w sytuacjach tego wymagających. Zgadzam się na uzasadnione medycznie zmiany lub rozszerzenie postępowania chirurgicznego i anestezyjologicznego.

W związku z udostępnieniem moich danych osobowych, wyrażam zgodę na ich przetwarzanie w Wielkopolskim Centrum Onkologii. Zgoda na przetwarzanie obejmuje ponadto dane będące wynikiem przeprowadzonych badań. Jestem świadomy (a), że moje dane osobowe objęte są tajemnicą lekarską.

podpis pacjenta nr dokumentu tożsamości.....

podpis lekarza przyjmującego zgodę

miejsce i data.....