
(miejscowość i data)

Podmiot leczniczy:
VERSUS MEDICUS CIECHOMSKI sp. z o.o.
ul. Strzelecka 49, 61-846 Poznań
NIP: 5542795470, REGON: 340443850

Dane pacjenta:

Nazwisko _____ Imię (imiona) _____
PESEL* _____

Dane przedstawiciela ustawowego:**

Nazwisko _____ Imię (imiona) _____

Adres zamieszkania _____

ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Wyrażam dobrowolną zgodę na udzielenie mi/Pacjentowi*** przez personel medyczny
ww. Świadczeniodawcy następujących świadczeń zdrowotnych:

(o świadczenia zdrowotne)

Oświadczam, że zostałam (-em) wyczerpująco i w sposób dla mnie zrozumiały poinformowana (-ny)
o:

- Rozpoznanie,
- proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu,
- przeciwwskazaniach do udzielenia świadczenia zdrowotnego.

Przed rozpoczęciem udzielania świadczenia zdrowotnego udzieliłam (-em) pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które personel Świadczeniodawcy zadawał w trakcie wywiadu medycznego, w szczególności odnośnie do stanu zdrowia, wszelkiego typu alergii, trwającej terapii, chorób przewlekłych, istnienia/braku ciąży, przyjmowanych leków, przebytych zabiegów, przebytych urazów.

Uzyskałam (-em) również pełne informacje dotyczące proponowanego świadczenia zdrowotnego oraz możliwych, alternatywnych świadczeń zdrowotnych, a także o następstwach zaniechania udzielenia ww. świadczeń zdrowotnych, w szczególności o możliwości pogorszenia się w takim przypadku stanu zdrowia.

Uzyskałam (-em) wyczerpujące informacje na temat dających się osiągnąć efektów i rokowaniu, a także o możliwych powikłaniach i ryzyku jakie wiąże się z udzieleniem świadczenia zdrowotnego, jego następstwach oraz o sposobie postępowania po udzieleniu świadczenia zdrowotnego.

Poinformowano mnie również, że efekty świadczenia zdrowotnego uzależnione są od indywidualnych cech Pacjenta, np. wieku, stanu zdrowia, innych cech i okoliczności mogących wpłynąć na efekt udzielenia świadczenia zdrowotnego.

Miałam(-em) możliwość zadania personelowi Świadczeniodawcy pytań dotyczących sposobu wykonania świadczenia zdrowotnego, jego celowości oraz możliwych powikłań i uzyskałam (-em) wyczerpujące, zrozumiałe i satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na wszystkie zadane przeze mnie pytania.

Zostałam(-em) poinformowana(-y) o możliwości wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta i skutkach jej złożenia.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (imię, nazwisko, numer telefonu, adres e-mail) w celu przesyłania mi powiadomień i informacji, w tym marketingowych, w formie powiadomień SMS lub e-mail.

☐

Tak

☐

Nie

(podpis Pacjenta lub przedstawiciela ustawowego Pacjenta**)

(podpis personelu medycznego)

* w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość,

** w przypadku, gdy pacjent jest osobą małoletnią, całkowicie ubezwłasnowolnioną lub niezdolną do świadomego wyrażenia zgody,

*** niepotrzebne skreślić (w przypadku gdy zgodę wyraża osoba niebędąca Pacjentem, należy skreślić „mi” i pozostawić określenie „Pacjentowi”)