

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Medycyny Specjalistycznej sp. z o.o.

NZOZ "CMS" Sp. z o. o. Poradnia Chirurgii Naczyniowej

ul. Biernackiego 4B, 39-300 Mielec, tel.537-750-999 www.cms.mielec.pl

Regon 83122443700021, NIP 8171885446, Nr księgi rejestr. 000000010412

kody resortowe: cz.VIII-1530, cz.VII-008, cz.V-02

Nazwisko i imię: Nr PESEL: Mielec, dn.

OŚWIADCZENIA

1/ Wyrażam zgodę na proponowaną diagnostykę i leczenie oraz nakłucie naczyń i tkanek miękkich, zabiegi pielęgnacyjne.

.....
(podpis pacjenta, przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego)

2/ Zostałem (am) poinformowany (a) na piśmie o przysługujących mi Prawach i Obowiązках Pacjenta.

.....
(podpis pacjenta, przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego)

Stosowanie do treści § 12 punkt 9 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu przetwarzania (Dz. U. Nr 247 poz. 1819)

oświadczam, że upoważniam Pana/Panią:

.....
(nazwisko i imię, adres zamieszkania, telefon)

3/ Do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej z leczenia w Centrum Medycyny Specjalistycznej sp. z o. o. w Mielcu, ul. Biernackiego 4B, 39-300 Mielec, Poradnia Chirurgii Naczyniowej. Upoważnienie powyższe **zachowuje/ nie zachowuje*** (niepotrzebne skreślić) swoją moc również w przypadku mojej śmierci.

.....
(podpis pacjenta, przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego)

4/ Zostałem (am) poinformowany (a), że znieczulenie, zabieg operacyjny i zabiegi diagnostyczne o podwyższonym ryzyku wymagają odrębnej pisemnej zgody pacjenta, przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego.

.....
(podpis pacjenta, przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego)

5/ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133 poz. 889 z pzm).

.....
(podpis pacjenta, przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego)

Oświadczenie pacjenta / przedstawiciela ustawowego*

Oświadczam, że podczas rozmowy z lekarzem mogłem/am zadawać pytania dotyczące sposobu przeprowadzenia operacji, alternatywnych metod leczenia, potencjalnych następstwach i powikłaniach planowanego zabiegu. Zrozumiałem/am w pełni informacje podane przez lekarza. Wyjaśniono mi wszelkie wątpliwości dotyczące planowanego zabiegu operacyjnego. Nie mam żadnych dodatkowych pytań, czuję się dostatecznie poinformowany/a.

Bez zastrzeżeń zgadzam się na przeprowadzenie zabiegu operacyjnego oraz ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne, w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego rozstroju zdrowia.

.....
data i podpis pacjenta/ przedstawiciela ustawowego*

.....
pieczętka i podpis lekarza

*niepotrzebne skreślić

Uwaga: W przypadku ukończenia przez pacjenta nieletniego 16 lat, zgodę podpisują równocześnie pacjent i przedstawiciel ustawowy.