

**SPORT MEDICA S.A.**

NZOZ CAROLINA MEDICAL CENTER

ul. Pory 78, 02-757 Warszawa

Nr ks. rejestrowej 000000024799

tel.(22) 355 82 00, fax (22) 355 82 10

[cmc@carolina.pl,](mailto:cmc@carolina.pl) [www.carolina.pl](http://www.carolina.pl/)

**ZGODA PACJENTA NA NAKŁUCIE LUB/ I INIEKCJĘ DOSTAWOWĄ I OKOŁOSTAWOWĄ**

Nr karty Pacjenta…………………………………..

Imię i nazwisko Pacjenta…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Data urodzenia…………………………………………………….. PESEL……………………………………………………………………………………………..

Wyrażam dobrowolną i świadomą zgodę na **nakłucie** **lub/ i** **iniekcję dostawową i okołostawową stawu**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Oświadczam, że zostałem/łam wyczerpująco i zrozumiale dla mnie poinformowany/poinformowana o celu ww. świadczenia zdrowotnego, jego przebiegu, ewentualnych powikłań mogących mieć związek z tym świadczeniem i sposobie postępowania po jego wykonaniu.

Niniejszym potwierdzam, że w trakcie przedmiotowej rozmowy, miałem/miałam możliwość zadania lekarzowi pytań dotyczących sposobu wykonania świadczenia zdrowotnego, jego celowości oraz grożących powikłań i uzyskałem/łam od lekarza wyczerpujące, przystępne, zrozumiałe dla mnie, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na wszystkie zadane przeze mnie pytania.

Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, że każde świadczenie zdrowotne pociąga za sobą ryzyko powikłań

(w tym poważnych), które mogą wystąpić nawet przy zachowaniu najwyższych standardów w zakresie wiedzy, umiejętności i opieki medycznej.

*POTWIERDZAM, ŻE PRZYJĄŁEM/ŁAM DO WIADOMOŚCI I ZROZUMIAŁEM/ŁAM POWYŻSZE INFORMACJE, A TAKŻE INFORMACJE UDZIELONE MI PRZEZ LEKARZA, W TYM W SZCZEGÓLNOŚCI INFORMACJE NA TEMAT RYZYKA I POWIKŁAŃ.*

Oświadczam, że mam pełną świadomość niemożności udzielenia mi gwarancji uniknięcia ryzyka i/lub powikłań mogących wyniknąć z planowanego świadczenia zdrowotnego.

Oświadczam, że przyjmuję również do wiadomości, że w trakcie wykonywania czynności, o których mowa powyżej, mogą wystąpić okoliczności, których nieuwzględnienie mogłoby grozić niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia. W takim przypadku, lekarz będzie uprawniony do podjęcia działań i/lub środków w sposób umożliwiający uwzględnienie tych okoliczności w ramach obowiązujących przepisów prawa.

*Oświadczam, że wyrażam zgodę na zaaplikowanie mi przez lekarza/pielęgniarkę dostarczonego przeze mnie leku/leków oraz oświadczam, że przechowywałem poniższy produkt/-y zgodnie z zaleceniami producenta.*

*W przypadku pozostawienia wyżej wymienionego leku/-ów w placówce wyrażam zgodę na jego utylizację po upływie terminu ważności.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| lp. | Nazwa leku/Nr serii | Ilość dostarczonego leku | Data upływu terminu  ważności leku | Ilość leku pozostawionego w placówce |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |

Nie mam więcej pytań ani żadnych wątpliwości.

Warszawa, dnia……………………………. ……………………………………………………………..

(czytelny podpis Pacjenta)

………………………………………………………………..

(W przypadku pacjenta niepełnoletniego między 16-18 r.ż

zgoda równoległa opiekuna prawnego)

Potwierdzam, że Pacjent został poinformowany o planowanym świadczeniu zdrowotnym, celu, przebiegu i powikłaniach mogących powstać w wyniku udzielenia świadczenia zdrowotnego, jak również w trakcie towarzyszących procedur medycznych.

Miejscowość, data, pieczątka i podpis lekarza………………………………………………………………………………………………………………………………..