

Zgoda na przeprowadzenie badania endoskopowego

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL:

Rodzaj badania:

Zostałem(-am) pouczony o swoim stanie zdrowia, możliwych drogach rozwoju stanu, możliwościach diagnostycznych oraz terapiach. Na wszystkie pytania uzyskałem(-am) odpowiedź.

1. Pacjent lub prawny opiekun zgadza się na przeprowadzenie badania endoskopowego układu pokarmowego przez lekarza ambulatorium Gastroenterologie s.r.o. w Hradcu Králové w ustalonym zakresie.
2. Badanie zostanie przeprowadzone zgodnie z uznawanymi zasadami sztuki lekarskiej. Pacjent lub prawny opiekun został pouczony, że z obiektywnych przyczyn lekarz nie może zagwarantować pewnego wyniku diagnostycznego lub terapeutycznego.
3. Pacjent lub jego prawny opiekun potwierdza, że został pouczony o ryzyku i zaletach badania endoskopowego (drobne krwawienie, zranienia ścian układu, dolegliwości i komplikacje na tle zapaleń itp.).
4. Pacjent lub jego prawny opiekun zgadza się na ewentualną zmianę (rozszerzenie) standardowego procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w wyniku faktów stwierdzonych podczas badania.
5. Pacjent lub jego prawny opiekun zgadza się na podjęcie natychmiastowych działań w przypadku stwierdzenia poważnych stanów lub komplikacji w trakcie badania endoskopowego.
6. Przy oznakach komplikacji po przeprowadzonym badaniu endoskopowym (silne mdłości, osłabienie, przyspieszone tętno, bóle brzucha, wymioty, gorączka, krwawienie z jelita prostego, czarny stolec, wymioty krwią itp.) pacjent lub jego prawny opiekun może zwrócić się do lekarza pod numerem telefonu 495 522 093 lub 721 405 317.

.....
Podpis lekarza

.....
Podpis pacjenta

.....
Data