

CarintArt Sp. z o.o.

Krakowskie Centrum Diagnostyczno-Kliniczne  
31-514 Kraków, Al. płk. Wł. Beliny-Prażmowskiego 60  
REGON: 122854294 NIP: 6772375186  
tel.: 12 421 55 29, www.kcdk.pl  
nr ks. rej. 000000194018



## UNIWERSALNA ZGODA NA WYKONANIE ZABIEGU CHIRURGICZNEGO

Imię i nazwisko Pacjenta

Nr PESEL

Adres zamieszkania

Wyrażam zgodę na wykonanie zabiegu chirurgicznego w warunkach ambulatoryjnych

.....  
(dokładna nazwa zabiegu)

Zostałam(em) wyczerpująco poinformowana(y) o:

- przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu,
- technice i sposobie przeprowadzenia zabiegu,
- pochodzeniu i sposobie działania preparatów, które zostaną użyte do wykonania zabiegu,
- możliwych do osiągnięcia efektach zabiegu w moim przypadku,
- o wszelkich następstwach i możliwych powikłaniach zabiegu,
- sposobie postępowania po wykonaniu zabiegu,
- czasie utrzymywania się osiągniętego rezultatu.

Została mi przekazana szczegółowa informacja na temat sposobu przygotowania się do zabiegu w warunkach domowych, w tym również o konieczności wykonania badań przed zabiegiem.

Poinformowano mnie także, że efekty zabiegu uzależnione są cech pacjenta takie jak np. wiek, stan skóry oraz inne cechy, które mogą wpłynąć na efekt zabiegu.

Lekarz poinformował mnie również o tym, że efekty zabiegu nie są identyczne w przypadku każdego pacjenta.

Udzielono mi również rzetelnej informacji na temat wszelkich następstw i powikłań, jakie mogą wystąpić w związku z niezastosowaniem się do wskazań lekarza po wykonaniu zabiegu w okresie pooperacyjnym.

Przed rozpoczęciem zabiegu udzieliłam(em) pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał w trakcie wywiadu lekarskiego odnośnie:

- mojego stanu zdrowia,
- istnienia/braku ciąży,
- przyjmowanych leków,
- przebytych zabiegów.

Informacja przekazana przez lekarza była rzetelna, wyczerpująca i jest dla mnie w pełni jasna oraz zrozumiała. Jestem świadoma(y), że wystąpienie negatywnych następstw i powikłań, o których zostałam(em) poinformowany przez lekarza przed wykonaniem zabiegu nie uprawnia mnie do wnoszenia roszczeń odszkodowawczych. Jestem również świadoma(y), że podstawą roszczeń nie może być rozbieżność między rezultatem, którego zakres i rodzaj został ściśle określony przez lekarza przed przystąpieniem do zabiegu a moimi oczekiwaniami.

W trakcie rozmowy z lekarzem miałam(em) możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego zabiegu.

**Oświadczam, że zapoznałam(em) się z powyższym tekstem i wyrażam świadomą zgodę na wykonanie zabiegu.**

DATA I PODPIS LEKARZA

DATA I CZYTELNY PODPIS PACJENTA LUB OPIEKUNA PRAWNEGO