

7-1

Oświadczenia pacjenta

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przyjęcie do Oddziału
Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki w Kościanie. Upoważniam zespół lekarzy tego Oddziału, a także inne niezbędne, towarzyszące osoby do przeprowadzenia leczenia mojej choroby. Zgadzam się na przeprowadzenie dodatkowego postępowania lekarskiego zgodnie z wiedzą medyczną, jeżeli w wyniku diagnostyki rozpoznana będzie dodatkowa choroba. Rozumiem, że nie ma pewności i gwarancji co do wyniku leczenia, a leczenie operacyjne i badania są też związane z ryzykiem miejscowym i ogólnym ze śmiercią włącznie. Dowiedziałem się dostatecznie dużo o chorobie i leczeniu, by wyrazić świadomą zgodę na piśmie. Podpisem poświadczam, że znam i rozumiem treść tego pisma.

Gdzie ?

data i podpis pacjenta

Oświadczam, iż upoważniam / nie upoważniam Pana/Panią

.....
nazwisko i imię, adres zamieszkania wraz z kodem pocztowym, numer telefonu

do otrzymania od Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Kościanie informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych związanych z aktualną hospitalizacją.

Kiedy ?

data i podpis pacjenta

Ja niżej podpisany(a) wyrażam / nie wyrażam zgody na udostępnienie dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby na wypadek mojej śmierci.

Do uzyskania dokumentacji medycznej upoważniam Pana / Panią

.....
zam.

Kiedy ?

data i podpis pacjenta

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kościanie nie odpowiada za przedmioty i pieniądze nie oddane do depozytu.

Gdzie ?

Przyjmuje do wiadomości

Kiedy ?

data i podpis pacjenta

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Regulaminu Porządkowego Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Kościanie i akceptuje wszystkie jego postanowienia.

.....
(podpis osoby przyjmującej oświadczenie)

.....
(podpis pacjenta - data)

Proponowane badania diagnostyczne i zabiegi	Zgoda i podpis pacjenta (osoby uprawnionej) poinformowanym sposobie leczenia, charakterze i celu zabiegu, ryzyku i możliwościach powikłań, ewentualności zastosowania innego postępowania medycznego oraz jego skutki.		Data złożenia podpisu
	Lp.	Podpis	
Pobieranie krwi i materiału do badań			
Zabiegi			
Zabiegi endoskopowe			

Proponowany zabieg operacyjny:

Stwierdzam, że przedstawiłem pacjentowi planowany sposób leczenia operacyjnego oraz poinformowałem o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub w wyniku operacji.

Podpis lekarza operującego:

Oświadczenie pacjenta:

Oświadczam, że:

- Zapoznałem/-am się ze szczegółowym opisem leczenia operacyjnego, jego celowości i oczekiwanym wynikiem oraz potencjalnymi zagrożeniami mogącymi wystąpić w wyniku w/w leczenia i zgadzam się na proponowane leczenie operacyjne z uwzględnieniem ryzyka zakażenia szpitalnego.
- Zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie sposobu operacji w niezbędnym zakresie zgodnie z zasadami wiedzy medycznej jeśli będzie tego wymagała sytuacja powstała w wyniku procesu terapeutycznego
- Zgadzam się na przeniesienie mnie do właściwego oddziału stacjonarnego zgodnie z decyzją lekarza operującego lub lekarza anestezjologa, jeśli wymagałyby tego mój stan zdrowia
- Stwierdzam, że uzyskałem/-am wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania dot. przeprowadzonego zabiegu operacyjnego.
- Zgadzam się na przetoczenie preparatów krwi w trakcie zabiegu operacyjnego.

.....
podpis ubezpieczonego

Stwierdzam, że przedstawiłem/am pacjentowi rodzaj proponowanego znieczulenia, które będzie zastosowane w trakcie zabiegu operacyjnego oraz poinformowałem/am o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu znieczulenia lub w wyniku znieczulenia.

.....
Podpis anestezjologa

Proponowany rodzaj znieczulenia

Oświadczam, iż zapoznałem się ze szczegółowym opisem proponowanego znieczulenia, potencjalnymi zagrożeniami mogącymi wystąpić w trakcie w/w znieczulenia.

Wyrażam zgodę na zastosowanie proponowanego znieczulenia.

.....
Podpis pacjenta

4-3

Wywiad epidemiologiczny (jest elementem historii choroby)

dotyczący przeszłości pacjenta w okresie 6 miesięcy przed przyjęciem do

Szpitala im. T. Dunina w Kościanie

1. Imię i nazwisko, data urodzenia, nr ewidencyjny

2. W jakich placówkach służby zdrowia był(a) leczony(a) w ciągu ostatnich 6 miesięcy :

Gdzie ?

Kiedy ?

3. Czy otrzymał(a) iniekcje, kroplówki, transfuzje ? (t/n)

4. Czy miał(a) wykonywane inne zabiegi naruszające powłoki skórne lub penetrujące tkanki (biopsje, akupunkturę, szczepienia, operacje, pobieranie krwi itp.) ? (t/n)

Jakie ?

Gdzie ?

Kiedy ?

5. Czy miał wykonywane badania endoskopowe ? (t/n)

Kiedy ?

Gdzie ?

6. Czy korzystał(a) z usług gabinetów stomatologicznych (ekstrakcje zębów, usuwanie kamienia nazębnego) (t/n)

Kiedy ?

Gdzie ?

7. Czy korzystał(a) z usług lekarzy okulistów ? (t/n)

Kiedy ?

Gdzie ?

8. Czy korzystał(a) z usług ginekologicznych (zabiegi ginekologiczne, położnicze) ? (t/n)

Kiedy ?

Gdzie ?

9. Czy korzystał z usług gabinetów fryzjerskich, kosmetycznych (manicure, pedicure, tatuaż, golenie brzytwą itp.) ? (t/n)

Kiedy ?

Gdzie ?

10. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy miał(a) kontakt z chorym na WZW ? (t/n)

Kiedy ?

11. Czy chorował na wirusowe zapalenie wątroby ? (t/n)

Podpis pielęgniarki zbierającej dane

Podpis pacjenta lub opiekunów