OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany(a) oświadczam, że wyrażam zgodę na wykonanie zabiegu operacyjnego oraz wszystkich niezbędnych zabiegów diagnostyczno - terapeutycznych wymienionych poniżej:

.....

.....
(rodzaj zabiegu operacyjnego)

oraz ewentualne przetoczenie krwi i środków krwiopochodnych u mojego dziecka

.....

.....
(imię, nazwisko, data urodzenia)

Jestem świadomy(a), że wszystkie wyżej wymienione procedury medyczne oraz wszystkie inne które będą proponowane przez zespół leczący i diagnozujący są niezbędne dla leczenia mojego dziecka i wyrażam na nie zgodę. Wszystkie tkanki i organy, które będą usuwane w trakcie zabiegu operacyjnego mogą być badane dla celów medycznych, naukowych i edukacyjnych.

Istota i cel tych zabiegów, korzyści, spodziewane ryzyko, powikłania oraz możliwe inne sposoby leczenia zostały mi w pełni wytłumaczone. Zakres operacji pozostawiam do decyzji zespołu lekarskiego i w pełni będę akceptował(a). Przewidywany jest korzystny efekt operacji, nie może być on jednak zagwarantowany. O sposobie znieczulenia zostanę poinformowany(a) przez anestezjologa.

Na wszystkie pytania dotyczące przebiegu leczenia uzyskałem(am) w pełni zadowalające odpowiedzi.

* Oświadczam, że dziecko przebyło cykl szczepień przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby:
szczepienia anty HBV przeprowadzono: I dawka dnia ....., II dawka dnia .....

* Dziecko nie było szczepione przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby:
W sytuacji konieczności wykonania zabiegu w trybie pilnym w pełni świadomy(a) wyrażam zgodę na przeprowadzenie operacji bez szczepienia.

---

* niepotrzebne skreślić

Poznań, dnia .....

Podpis rodzica lub opiekuna prawnego

.....

.....

Podpis dziecka w przypadku ukończenia 16 r. ż. .....

Podpis lekarza przyjmującego oświadczenie .....

z. 945/2016 „DRUK" Warszawa, ul. Przasnyska 11/U1B, tel. 22 639 30 41/42; fax 22 639 30 40
Gdańsk, ul. Abrahama 7, tel./fax 58 557 59 05 www.pphudruk.com.pl