

## ŚWIADOMA ZGODA RODZICA/OPIEKUNA\* NA ZABIEG U DZIECKA W TRYBIE AMBULATORYJNYM

### Dane pacjenta:

Nazwisko i imię.....

Data urodzenia.....

PESEL.....

Nazwisko i imię rodzica/opiekuna\*.....

Rozpoznanie.....

Rodzaj zabiegu.....

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

Podpis lekarza wykonującego zabieg.....

### Oświadczenie rodzica/opiekuna\* dziecka:

Oświadczam, że:

- Zapoznałem(am) się ze szczegółowym opisem zabiegu, jego celowością i oczekiwanym wynikiem oraz potencjalnymi zagrożeniami mogącymi wystąpić w wyniku w/w leczenia i zgadzam się na proponowany zabieg.
- Zgadzam się na towarzyszące zabiegowi postępowanie tj. znieczulenie miejscowe a w razie konieczności infuzję płynów, podanie leków w trakcie zabiegu.
- Zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie sposobu zabiegu w niezbędnym zakresie zgodnie z zasadami wiedzy medycznej, jeśli będzie tego wymagała sytuacja powstała w wyniku procesu terapeutycznego.
- Zgadzam się na przeniesienie mnie do właściwej placówki szpitalnej zgodnie z decyzją lekarza wykonującego zabieg, jeśli wymagałby tego mój stan zdrowia.
- Stwierdzam, że uzyskałem(am) wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania i proszę o wykonanie proponowanego zabiegu.

.....  
Podpis rodzica/opiekuna\*, data

.....  
Podpis i pieczęć lekarza

\*niepotrzebne skreślić