

Nazwisko pacjenta:	Etykieta pacjenta:

OBJAŚNIENIE RYZYKA OPERACJI

Przed udzieleniem Pani/Pana zgody na planowaną interwencję operacyjną / diagnostyczną zwracamy Państwa uwagę na to, że powodzenie leczenia nie może być przewidziane z absolutną pewnością i że należy się liczyć z istnieniem ryzyk ogólnych i specyficznych. Mogą wystąpić, jeśli nawet bardzo rzadko, w szczególności następujące komplikacje:

Zakrzepice/zatory - uszkodzenia nerwów/naczyń - poluzowania metalu/odłamki metalu - utrudnienie gojenia się ran - zapalenia kości/ stawów - zapalenia wątroby - ograniczenia ruchomości

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA OPERACJĘ

Oświadczam, że w szczegółowej rozmowie zostałam/em poinformowana (y) o rodzaju schorzenia / uszkodzenia oraz o oczekiwanych skutkach przewidzianego dla mnie zabiegu lekarskiego. Zostałam/em poinformowana/y o zakresie, sposobie przeprowadzenia i celu przewidzianego zabiegu, jak również o zaletach i wadach, także w porównaniu z innymi metodami leczenia oraz o typowych niebezpieczeństwach. Zwrócono mi uwagę o możliwych skutkach cielesnych, psychicznych lub zawodowych w okresie po zabiegu.

Uzyskałam/em odpowiedzi na moje pytania. Przyjęłam/em do wiadomości, że mogę zwracać się z dalszymi pytaniami do leczącego mnie lekarza i że mam prawo cofnąć moją zgodę. Zostałam/em pouczona/y o zachowaniu się przed i po planowanym zabiegu. Oświadczam, że rezygnuję z jeszcze bardziej dokładnego objaśnienia.

Wyrażam (y) zgodę na planowany zabieg diagnostyczny u mojego (naszego) dziecka, także wtedy, gdy w czasie operacji powstaną okoliczności wymagające rozszerzenia lub zmiany planowanego zabiegu leczniczego.

Zapewniam, że w historii choroby podałam/em do wiadomości wszystkie znane mi schorzenia i dolegliwości.

Zostałam/Zostałam poinformowany/a o przewidywanych (oczekiwanych) kosztach operacji. Deklaruję, że w przypadku, gdyby moja kasa chorych lub kasa ubezpieczeń wypadkowych odmówiła przejęcia pełnych kosztów leczenia, zapłacę należną różnicę (kosztów) z własnej kieszeni.

Nie mam żadnych dalszych pytań, jeśli chodzi o rozmowę wyjaśniającą, przeprowadzoną przez lekarza, jeśli chodzi o alternatywne metody leczenia, jeśli chodzi o typowe ryzyka, związane z przeprowadzanym zabiegiem, oraz jeśli chodzi o wysokość honorarium za zabieg operacyjny.

Strony umowy uzgadniają, że w przypadku wszelkich sporów wynikających z niniejszej umowy leczenia, jak również z rozliczenia lub noty wynagrodzenia, spory te będą rozstrzygane wyłącznie przez sąd przedmiotowo właściwy dla 6460 Imst z zastosowaniem prawa austriackiego.

Podpis lekarza:

Podpis pacjentki/ pacjenta:

Data: _____

Data: _____