



ZGODA NA WYKONANIE ZABIEGU AKUPUNKTURY/IGŁOTERAPII*

Imię i nazwisko Pacjenta: Telefon:

Adres:

PESEL: Data urodzenia:

Choroby przewlekłe:

Wyrażam zgodę na wykonanie zabiegu:

(dokładna nazwa zabiegu)

Główne przeciwwskazania do stosowania akupunktury/igłoterapii*:

- uogólnione choroby skórne, szczególnie ze zmianami infekcyjnymi;
- hemofilia;
- wszczepiony rozrusznik serca (elektrostymulacja);
- znaczne wyniszczenie organizmu;
- wiek niemowlęcy;
- ostry brzuch;
- choroby układu oddechowego i krążenia w okresie dekompresji;
- czynna gruźlica, sarkoidoza.

Zostałem(-łam) wyczerpująco i jasno poinformowany(-na) o:

- przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu;
- technice i sposobie przeprowadzenia zabiegu;
- możliwych do osiągnięcia efektach zabiegu;
- szczegółowym sposobie postępowania po wykonaniu zabiegu;
- czasie utrzymywania się osiągniętego rezultatu;
- czasie po upływie którego może/powinien zostać przeprowadzony kolejny zabieg;

.....
(nazwa zabiegu)

- minimalnej liczbie zabiegów, których przeprowadzenie jest niezbędne do uzyskania/utrzymania osiągniętego efektu.

Poinformowano mnie także, że efekty zabiegu uzależnione są od wielu różnych czynników, np.:

.....
.....
.....
.....

(należy wymienić cechy Pacjenta, takie jak wiek, stan zdrowia 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.





Przed rozpoczęciem zabiegu udzieliłem(-łam) pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego odnośnie przeciwwskazań.

Jestem świadomy(-ma), że zatajenie którejkolwiek z wymienionych wyżej informacji traktowane jest jako przyczynienie się Pacjenta do powstania szkody uwzględnionej w art. 362 k.c., (w postaci między innymi rozstroju zdrowia, uszkodzenia ciała, uzyskania negatywnego lub niepełnego efektu zabiegu), za którą lekarz nie ponosi odpowiedzialności.

Informacja przekazana przez lekarza była rzetelna, wyczerpująca i jest dla mnie w pełni jasna oraz zrozumiała.

Jestem świadomy(-ma), że wystąpienie negatywnych następstw i powikłań, o których zostałem(-łam) poinformowany(-na) przez lekarza przed wykonaniem zabiegu, nie uprawnia mnie do wnoszenia roszczeń odszkodowawczych.

Jestem również świadomy(-ma), że podstawą roszczeń nie może być rozbieżność między rezultatem, którego zakres i rodzaj zostały ściśle określone przez lekarza przed przystąpieniem do zabiegu, a moimi oczekiwaniami.

W trakcie rozmowy z lekarzem miałem(-łam) możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego zabiegu.

Oświadczam, że zapoznałem(-łam) się z powyższym tekstem i wyrażam świadomą zgodę na wykonywanie zabiegu.

.....
Data i podpis Pacjenta

.....
Data i podpis lekarza

* niepotrzebne skreślić

