



PLATINUM

STOMATOLOGIA ESTETYCZNA IMPLANTOLOGIA

PLATINUM STOMATOLOGIA
ESTETYCZNA IMPLANTOLOGIA
Maksymilian Bojkowski
ul. T. Gackowskiego 1C, 85-137 Bydgoszcz
www.stomatolog-platinum.pl
tel. 882-464-530 e-mail
kontakt@stomatolog-platinum.pl

ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA WYKONANIE PROCEDURY MEDYCZNEJ/ ZABIEGU

Imię i nazwisko pacjenta _____

PESEL _____

Rozpoznanie _____

Rodzaj zabiegu _____

Oświadczenie pacjenta

Uzyskałem(łam) pełne wyjaśnienie dotyczące proponowanej procedury, przyczyn, charakteru, celu i czasu trwania zabiegu oraz ewentualnych powikłań miejscowych i ogólnych od lekarza, który będzie wykonywał zabieg. Miałem(łam) możliwość zadawania pytań dotyczących wszystkich aspektów zabiegu. Po dokładnym rozważeniu, zgadzam się współpracować z lekarzem w trakcie zabiegu oraz informować go niezwłocznie o wszystkich zaobserwowanych wątpliwościach po zabiegu. Wiem, że mam prawo wycofać się z zabiegu w każdej chwili, jeśli będzie taka moja wola.

Zostałem(łam) poinformowany(na) o kosztach zabiegu, które akceptuję.

SZACOWANY KOSZT _____

WYRAŻAM ZGODĘ NA PROPONOWANE LECZENIE/ ZABIEG.

WYRAŻAM ZGODĘ NA PROPONOWANE ZNIECZULENIE.

_____ DATA

_____ CZYTELNY PODPIS PACJENTA!!

Oświadczenie lekarza

Oświadczam, że przedstawiłem/ łaam pacjentowi planowaną procedurę medyczną, poinformowałem(łam) o celu, możliwych do zastosowania alternatywnych diagnostyki, leczenia, zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w trakcie zabiegu jak też o skutkach nieudzielenia zgody przez pacjenta. Pacjent uzyskał również informację o możliwości wycofania zgody na wykonanie zabiegu.

_____ (data, podpis lekarza)