GOOD LIFE CLINIC
centrum medycyny i fizjoterapii

Zgoda Na Zabieg

Wyrażam zgodę na wykonanie zabiegu:

.....

.....

Opis rodzaju zabiegu, leku

.....

..... w ilości..... cyklów związanych z przerwaniem ciągłości tkanek (iniekcje dożylne, domięśniowe, podskórne, śródskórne, około i dostawowe, pobieranie krwi, drobne zabiegi chirurgiczne z podaniem znieczulenia).

Jednocześnie poinformowano mnie o rokowaniu i możliwości wystąpienia następujących powikłań podczas wykonywania tych zabiegów: zakażenia drobnoustrojami, zatoru powietrznego, krwiaka w miejscu iniekcji, uszkodzenia nerwów i naczyń oraz tkanki podskórnej, zrostów poinfekcyjnych, reakcji uczuleniowych po podaniu leku oraz powstania blizny w miejscu wykonywanego zabiegu.

Poinformowano mnie o alternatywnych metodach leczenia.

Data, miejscowość, czytelny podpis

GOOD LIFE CLINIC
centrum medycyny i fizjoterapii

Zgoda Na Zabieg

Wyrażam zgodę na wykonanie zabiegu:

.....

.....

Opis rodzaju zabiegu, leku

.....

..... w ilości..... cyklów związanych z przerwaniem ciągłości tkanek (iniekcje dożylne, domięśniowe, podskórne, śródskórne, około i dostawowe, pobieranie krwi, drobne zabiegi chirurgiczne z podaniem znieczulenia).

Jednocześnie poinformowano mnie o rokowaniu i możliwości wystąpienia następujących powikłań podczas wykonywania tych zabiegów: zakażenia drobnoustrojami, zatoru powietrznego, krwiaka w miejscu iniekcji, uszkodzenia nerwów i naczyń oraz tkanki podskórnej, zrostów poinfekcyjnych, reakcji uczuleniowych po podaniu leku oraz powstania blizny w miejscu wykonywanego zabiegu.

Poinformowano mnie o alternatywnych metodach leczenia.

Data, miejscowość, czytelny podpis