



# Zgoda Na Zabieg

IMIĘ I NAZWISKO: .....

PESEL: .....

wyrażam zgodę na zabieg

.....  
.....

Opis rodzaju zabiegu, leku

..... w ilości..... cykli

związanych z przzerwaniem ciągłości tkanek (iniekcje dożylnie, 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



# Zgoda Na Zabieg

IMIĘ I NAZWISKO: .....

PESEL: .....

wyrażam zgodę na zabieg

.....  
.....

Opis rodzaju zabiegu, leku

..... w ilości..... cykli

związanych z przzerwaniem ciągłości tkanek (iniekcje dożylnie, 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