

Oświadczenie lekarskie o braku możliwości uzyskania świadomej zgody pacjenta/przedstawiciela ustawowego w sytuacji konieczności wykonania (zaznaczyć jedno, właściwe):

☐

zabiegu operacyjnego

☐

zabiegu diagnostycznego

☐

badania diagnostycznego

☐

zabiegu terapeutycznego

stwarzającego podwyższone ryzyko dla pacjenta.

Data:

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL:

Nr. Ks. Gł.:

Nr pacjenta:

Rozpoznanie:

Wykonana procedura (☐ Zabieg operacyjny, ☐ Badanie diagnostyczne, ☐ Zabieg diagnostyczny, ☐ Zabieg terapeutyczny):

Okoliczności będące powodem wykonania procedury bez uzyskania zgody pacjenta:

Oświadczam, że w celu odwrócenia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia konieczne jest niezwłoczne wykonanie procedur medycznych w opisanym zakresie. Oświadczam, że ze względu na stan zdrowia/stan świadomości/brak orientacji nie istnieje możliwość uzyskania świadomej zgody pacjenta na wykonanie koniecznych procedur medycznych oraz nie istnieje możliwość uzyskania zgody przedstawiciela ustawowego pacjenta bądź zgody właściwego sądu opiekuńczego.

Oznaczenie i podpis lekarza kwalifikującego do operacji/zabiegu/badanie

Oznaczenie i podpis lekarza konsultującego

UWAGA! Powyższe oświadczenie dotyczy jednej wykonywanej u pacjenta procedury. W przypadku wykonywania wielu procedur należy oświadczenie spisać do każdej procedury osobno.