

Oświadczenia lekarza o braku możliwości uzyskania świadomej zgody Pacjenta/Przedstawiciela ustawowego Pacjenta

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

- | | |
|---|--|
| ☐ zabiegu operacyjnego
☐ badania diagnostycznego | ☐ zabiegu 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.

.....
 Pieczętka i podpis lekarza kwalifikującego do operacji/zabiegu/badanie

.....
 Pieczętka 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.