

.....
miejsce i data

ZGODA NA LECZENIE FARMAKOLOGICZNE

Imię i Nazwisko pacjenta pełnoletniego/ Imię i Nazwisko opiekuna pacjenta niepełnoletniego:

.....

PESEL pacjenta:.....

Pacjent/ opiekuna pacjenta niepełnoletniego wyraził zgodę na rozpoczęcie leczenia:

.....
.....
.....
.....
.....

Został poinformowany o przeciwwskazaniach do rozpoczęcia leczenia, sposobie przeprowadzenia terapii, o najczęściej występujących następstwach i możliwych powikłaniach, a także o „długoterminowych” skutkach wdrożonego leczenia.

Przed rozpoczęciem leczenia pacjent/ opiekuna pacjenta niepełnoletniego udzielił/nie udzielił pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego odnośnie stanu zdrowia, przyjmowanych leków, oraz przebytych urazów i zabiegów.

Opiekun Pacjenta niepełnoletniego został poinformowany o konieczności przechowywania leków tak, by niepełnoletni pacjent nie miał do nich dostępu.

Informacja przekazana przez lekarza przed przystąpieniem do leczenia była dla pacjenta/ opiekuna pacjenta niepełnoletniego w pełni jasna i zrozumiała.

W trakcie rozmowy z lekarzem pacjent/ opiekuna pacjenta niepełnoletniego miał możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego leczenia.

Pacjent/opiekuna pacjenta niepełnoletniego oświadczył, że zapoznał się z powyższym tekstem i wyraził świadomą zgodę na rozpoczęcie terapii.

.....

podpis lekarza

.....

podpis pacjenta