



ZGODA NA WYKONANIE BADANIA ANGIOGRAFII FLUORESCEINOWEJ WRAZ Z PODANIEM ŚRODKA KONTRASTOWEGO-FLUORESCEINY

I Oświadczenie

Oświadczam, że miałem(am) pełną możliwość zadawania pytań dotyczących planowanego badania angiografii fluoresceinowej z użyciem środka kontrastowego. Zostałem(am) poinformowany o: charakterze, celu badania diagnostycznego, o związanym z nim ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań ze zgonem włącznie. Miałem możliwość rozmowy z lekarzem, który poinformował mnie o zleconym badaniu diagnostycznym. Uzyskałem(am) zrozumiałe dla mnie, wyczerpujące odpowiedzi. Zgodę na wykonanie badania angiografii fluoresceinowej z podaniem środka kontrastowego wyrażam po podjęciu samodzielnej decyzji, na co oświadczam, że miałem(am) wystarczającą ilość czasu. Oświadczam również, że nie zataiłem(am) żadnych istotnych informacji o stanie mojego zdrowia, przebiegu dotychczasowego leczenia, czy przyjmowania leków będąc świadomym(mą) wynikających z tego faktu konsekwencji zdrowotnych i możliwości wystąpienia ewentualnych powikłań. Oświadczam, że zostałem / zostałam poinformowany/a, że podanie nieprawdziwych danych może spowodować zagrożenie dla życia lub zdrowia, niezależnie od podjętych przez lekarza procedur leczniczych, za które lekarz nie będzie odpowiadał.

Data	Podpis pacjenta w obecności lekarza	Podpis lekarza, pieczętka

II Zgoda

Ja, niżej podpisany/-a WYRAŻAM ŚWIADOMĄ ZGODĘ na:

1) wykonanie ambulatoryjnego badania diagnostycznego angiografii fluoresceinowej wraz z podaniem środka kontrastowego- fluoresceiny 10 %.

- 2) podanie kropli rozszerzających źrenicę celem przygotowania do badania.
- 3) na podanie leków i preparatów w przypadku wystąpienia uczulenia na środek kontrastujący.
- 4) podanie informacji na temat mojego stanu zdrowia organom medycznym w tym Zespołowi Ratownictwa Medycznego w razie sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia.
- 5) przetwarzanie danych na temat zdrowia przez Poznańskie Centrum Wzroku sp. z o.o. w celu kwalifikacji do badania diagnostycznego angiografii fluoresceinowej i jego przeprowadzenia.

Data	Podpis pacjenta w obecności lekarza	Podpis lekarza, pieczętka

W pełni świadomie NIE WYRAŻAM ZGODY na badanie angiografii fluoresceinowej.
 Uzasadnienie pacjenta odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie procedury medycznej:

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego życia i zdrowia.

Data	Podpis pacjenta w obecności lekarza	Podpis lekarza, pieczętka

III Oświadczenie lekarza

Oświadczam, że ankieta, oświadczenie i zgoda zostały przeze mnie sprawdzone pod względem formalnym i merytorycznym przed przeprowadzeniem powyżej zaakceptowanej przez pacjenta procedury medycznej.

Data, podpis i pieczętka lekarza