

Wyrażam świadomą i dobrowolną zgodę na nakłucie lub / i iniekcję dostawową i okołostawową stawu:

lp.	Nazwa leku/Nr serii	Dawka podawanego leku/preparatu
1.		
2.		
3.		

- Zapoznałem/am się i zrozumiałem/am przedstawioną mi informację na temat rodzaju zabiegu, celu, sposobu jego wykonania, potencjalnych zagrożeń oraz mogących wystąpić poniższych powikłań w związku z wykonaniem w/w zabiegu i sposobie postępowania po jego wykonaniu.
 - wprowadzenie drobnoustrojów do organizmu, powodujące zakażenie miejscowe lub uogólnione,
 - wprowadzenie leku może spowodować alergię,
 - wprowadzenie leku do krwiobiegu podczas iniekcji domięśniowej,
 - wprowadzenie leku do tkanki tłuszczowej lub podskórnej przy wykonywaniu iniekcji domięśniowych,
 - wprowadzenie powietrza do krwi przy zastrzykach dożylnych, powodujące zator powietrzny,
 - uszkodzenie nerwu podczas zastrzyku domięśniowego.
- Przyjmuję do wiadomości, że każdy zabieg pociąga za sobą ryzyko powikłań (w tym poważnych), które mogą wystąpić nawet przy dołożeniu należytej staranności oraz wykorzystaniu aktualnej wiedzy medycznej.
- Udzieliłem/am wyczerpujących i prawdziwych informacji o aktualnym stanie mojego zdrowia. Jestem świadomy/ma, że brak podania lub podanie nieprawdziwych informacji może mieć negatywny wpływ na stan mojego zdrowia.
- Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób wyczerpujący.

Na tej podstawie wyrażam świadoma zgodę na wykonanie w/w zabiegu.

.....
(Data i czytelny podpis Pacjenta)

.....
Czytelny podpis opiekuna ustawowego (imię i nazwisko)

Potwierdzam, że Pacjent został poinformowany o planowanym świadczeniu zdrowotnym, celu, przebiegu i powikłaniach mogących powstać w wyniku udzielenia świadczenia zdrowotnego, jak również w trakcie towarzyszących procedur medycznych.

.....
(Data, pieczęć i podpis Pacjenta)