

**Gabinet Ginekologiczny GYN-CARE**

ul. Chodkiewicza 7 LU4

02-593 Warszawa

NIP 5211856611 REGON: 013275818

RPWDL: 000000101499

www.gyncare.pl e-mail: recepcja@gyncare.pl

**NZOZ GYN-CARE**

ul. Chodkiewicza 7 LU 4

02-593 Warszawa

REGON: 013275818-00035

RPWDL: 000000225549

tel. (22) 646 00 73, +48 605 425 200



Warszawa, dnia \_\_\_\_\_ r.

**ZGODA NA WYKONANIE ZABIEGU KRIOTERAPII ZMIAN NA: SZYJCE MACICY / W POCHWIE / NA SROMIE (nie właściwe skreślić)**

Ja, niżej podpisana (nazwisko i imię) \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

PESEL: \_\_\_\_\_

W przypadku braku numeru PESEL:

Data urodzenia: \_\_\_\_\_ Nazwa i numer dokumentu tożsamości: \_\_\_\_\_

**Niniejszym oświadczam, że przyjmę do wiadomości i rozumiem iż:**

1. Istnieją wskazania medyczne do wykonania u mnie zabiegu krioterapii zmian.
2. Zabieg ten jest stosowany w przypadku zmian na szyjce (leczenie nadżerki, infekcji HPV bez lub z śródnabłonkową neoplazją nie głębsza niż CIN I) oraz do leczenia zmian pochwy, sromu i krocza takich jak kłykciny kończyste i mięczak zakaźny.)
3. Zabieg polega na wymrożeniu zmian.
4. Możliwe powikłania przeprowadzenia zabiegu krioterapii obejmują:
  - stan zapalny pochwy i miednicy mniejszej
  - ból podczas zabiegu
  - samoistnie ustępujące plamienia i zwiększona ilość wydzieliny pochwowej z dróg rodnych po zabiegu.

**Ponadto oświadczam, że:**

1. Wszystkie informacje podane przeze mnie w trakcie wywiadu medycznego są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą.
2. Zostałam w sposób szczegółowy i zrozumiały poinformowana przez lekarza przyjmującego niniejsze oświadczenie, o zabiegu krioterapii zmian, jego celu i charakterze, ryzyku związanym z zabiegiem krioterapii, o dających się przewidzieć jego następstwach dla mojego stanu zdrowia w przyszłości, tajemnicy lekarskiej, sposobie gromadzenia i ochrony moich danych osobowych, środkach bezpieczeństwa prowadzących do ochrony tych danych.
3. Wyrażam zgodę na zastosowanie znieczulenia miejscowego ( o ile konieczne ).
4. Zostałam poinformowana o alternatywnych możliwościach dla zabiegu krioterapii, łącznie z możliwością jego zaniechania.
5. Miałam możliwość zadawania pytań w zakresie w/w spraw i uzyskania wyczerpujących odpowiedzi.
6. Zobowiązuję się przestrzegać zaleceń lekarskich odnośnie postępowania i zaleceń po zabiegu.
7. Zostałam poinformowana o kosztach zabiegu krioterapii, które akceptuję.
8. Mam pełną zdolność do czynności prawnych (w przypadku osoby poniżej 18 roku życia lub ubezwłasnowolnionej, zgodę podpisuje opiekun prawny; w przypadku pacjentek pomiędzy 16 a 18 rokiem życia zgodę odbiera się niezależnie od zgody ich przedstawiciela ustawowego).
9. **Dobrowolnie wyrażam zgodę na wykonanie u mnie zabiegu krioterapii zmian na: szyjce / w pochwie / sromie (nie właściwe skreślić).**

\_\_\_\_\_  
(podpis Pacjentki)**Oświadczenie Lekarza:****Niniejszym oświadczam, że:**

Pacjentka (imię i nazwisko) \_\_\_\_\_

Uzyskała ode mnie wyczerpujące ustne informacje na temat zabiegu krioterapii, jego celu i charakterze, ryzyku związanym z zabiegiem krioterapii, o dających się przewidzieć następstwach dla stanu zdrowia pacjentki w przyszłości, o alternatywnych możliwościach zabiegu krioterapii, łącznie z możliwością jego zaniechania, tajemnicy lekarskiej, sposobie gromadzenia i ochrony danych osobowych pacjentki, środkach bezpieczeństwa prowadzących do ochrony tych danych i jestem całkowicie przekonany, że w pełni je zrozumiała.

\_\_\_\_\_  
(podpis i pieczęć lekarza, w obecności którego podpis złożyła Pacjentka)