

**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 ZAŁOŻENIE WKŁADKI WEWNĄTRZMACICZNEJ .....**

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

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

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

W przypadku braku numeru PESEL:

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

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

1. Istnieją u mnie wskazania medyczne do wykonania u mnie zabiegu założenia wkładki wewnątrzmacicznej.
2. Zabieg założenia wkładki polega na wprowadzeniu do jamy macicy jałowej wkładki wewnątrzmacicznej.
3. Możliwe powikłania przeprowadzenia zabiegu założenia wkładki wewnątrzmacicznej .....obejmują:
  - stan zapalny miednicy mniejszej
  - ból podczas zabiegu zakładania wkładki
  - samoistnie ustępujące plamienia lub krwawienia z dróg rodnych po zabiegu
  - przebicie ściany macicy wymagającym interwencji chirurgicznej.

Żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować pełnego sukcesu leczenia oraz braku ryzyka związanego z zabiegami operacyjnymi.

Powikłania związane z tą operacją mogą polegać na:

- śródoperacyjnym uszkodzeniem ciągłości ściany macicy, które mogą wymagać wycięcia macicy,
- śródoperacyjnym uszkodzeniu pęcherza moczowego lub moczowodu,
- śródoperacyjnym uszkodzeniu jelit,
- krwotoku śródoperacyjnym, wtórnym krwawieniu lub krwiakach wymagających przetoczenia krwi lub ponownej reoperacji (otwarciu jamy brzusznej),
- powikłaniach zakrzepowo-zatorowych,
- zakażeniu rany pooperacyjnej, zapaleniu pęcherza moczowego.

Ciężkie zagrażające życiu lub śmiertelne powikłania proponowanego Pani zabiegu są niezwykle rzadkie**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 założenia wkładki wewnątrzmacicznej, jego celu i charakterze, ryzyku związanym z założeniem wkładki, 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. Zostałam poinformowana o alternatywnych możliwościach dla założenia wkładki wewnątrzmacicznej, łącznie z możliwością jego zaniechania.
4. Miałam możliwość zadawania pytań w zakresie w/w spraw i uzyskania wyczerpujących odpowiedzi.
5. Zostałam poinformowana o kosztach założenia wkładki wewnątrzmacicznej, które akceptuję.
6. Mam pełną zdolność do czynności prawnych.
7. Dobrowolnie wyrażam zgodę na wykonanie u mnie zabiegu założenia wkładki wewnątrzmacicznej .....

\_\_\_\_\_  
Data i podpis Pacjenta

Wypełnioną zgodę uprzejmie prosimy dostarczenie osobiście do NZOZ GYN-CARE w dniu planowanego zabiegu.

Dziękujemy, zespół NZOZ-GYN-CARE

(verte!)

**Oświadczenie Lekarza:**

**Niniejszym oświadczam, że:**

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

uzyskała ode mnie wyczerpujące ustne informacje na temat zabiegu założenia wkładki wewnątrzmacicznej, jego celu i charakterze, ryzyku związanym z założeniem wkładki wewnątrzmacicznej, o dających się przewidzieć następstwach dla stanu zdrowia pacjentki w przyszłości, o alternatywnych możliwościach dla założenia wkładki wewnątrzmacicznej, 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 pieczętka lekarza, w obecności którego podpis złożyła Pacjentka)*