

ZGODA NA LECZENIE OPERACYJNE

Imię i nazwisko chorego.....

PESEL.....

Oświadczam, że lekarz, który będzie mnie operował, dr

rozmawiał ze mną, wyjaśnił mi zasady i szczegóły operacji polegającej na

- Laparoskopowe założenie opaski regulowanej na żołądek**
- Laparoskopowa, rękawowa resekcja żołądka (sleeve gastrectomy)**
- Laparoskopowe ominięcie żołądka metodą Roux en Y**
- Inne.....**

WYRAŻAM ZGODĘ NA POWYŻSZĄ OPERACJĘ

.....

.....

Podpis lekarza operującego

Podpis chorego

Zostałem uprzedzony o możliwych powikłaniach, a zwłaszcza: o możliwości zamiany operacji laparoskopowej na otwartą (konwersja), przedziurawienie przewodu pokarmowego, zapalenie otrzewnej, krwawienie do jamy otrzewnej, krwiak w powłokach jamy brzusznej, zaburzenie gojenia rany, zakrzepica żylna, zakażenie (ropowica powłok), uszkodzenie śledziony wymagające jej wycięcia, zapalenie płuc, zgon, a także o innych niewymienionych wyżej. Zostałem również poinformowany o rzadkich powikłaniach które mogą wystąpić w związku z nieprzewidywalnymi okolicznościami.

.....

.....

Podpis lekarza operującego

Podpis chorego

Rozumiem, że pooperacyjny spadek masy ciała zależy od ścisłego przestrzegania zasad dotyczących sposobu odżywiania się. Zostałem poinformowany o sposobie postępowania po przeprowadzonej operacji.

.....

.....

Podpis lekarza operującego

Podpis chorego

W chwili obecnej nie mam więcej pytań do lekarza operującego, odpowiedział on wyczerpująco na wszystkie zadane przeze mnie pytania i wyjaśnił wszelkie wątpliwości.

.....

.....