

# ZGODA PACJENTA

## PODSTAWY PRAWNE

### 1. KONSTYTUCJA

ART. 41 UST. 1 Każdemu zapewnia się nietykalność osobistą i wolność osobistą.

### 2. KODEKS ETYKI LEKARSKIEJ

ART. 15 Postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze wymaga zgody pacjenta. Jeżeli pacjent nie jest zdolny do świadomego wyrażenia zgody, powinien ją wyrazić jego przedstawiciel ustawowy lub osoba faktycznie opiekująca się pacjentem.

### 3. KONWENCJA O OCHRONIE PRAW CZŁOWIEKA I GODNOŚCI ISTOTY LUDZKIEJ WOBEC ZASTOSOWAŃ BIOLOGII I MEDYCYNY

Konwencja o prawach człowieka i biomedycynie  
(Przyjęta przez Komitet Ministrów w dniu 19 listopada 1996 roku)

Artykuł 5 (Postanowienia ogólne)

Nie można przeprowadzić interwencji medycznej bez swobodnej i świadomej zgody osoby jej poddanej.

Przed dokonaniem interwencji osoba zainteresowana otrzyma odpowiednie informacje o celu i naturze interwencji, jak również jej konsekwencjach i ryzyku.

Osoba zainteresowana może w każdej chwili swobodnie wycofać zgodę.

#### 4. **USTAWA O ZAWODACH LEKARZA I LEKARZA DENTYSTY z dnia 5 grudnia 1996r.**

ART. 25-39

##### **Art. 25. [Zgoda osoby badanej]**

1. Przeprowadzenie eksperymentu medycznego wymaga pisemnej zgody osoby badanej mającej w nim uczestniczyć. W przypadku niemożności wyrażenia pisemnej zgody, za równoważne uważa się wyrażenie zgody ustnie złożone w obecności dwóch świadków. Zgoda tak złożona powinna być odnotowana w dokumentacji lekarskiej.

##### **Art. 32. [Zgoda pacjenta]**

1. Lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, po wyrażeniu zgody przez pacjenta.

##### **Art. 33. [Niezwłoczna pomoc lekarska]**

1. Badanie lub udzielenie pacjentowi innego świadczenia zdrowotnego bez jego zgody jest dopuszczalne, jeżeli wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym.

2. Decyzję o podjęciu czynności medycznych w okolicznościach, o których mowa w ust. 1, lekarz powinien w miarę możliwości skonsultować z innym lekarzem.

3. Okoliczności, o których mowa w ust. 1 i 2, lekarz odnotowuje w dokumentacji medycznej pacjenta.

## **Art. 34. [Pisemna zgoda pacjenta]**

1. Lekarz może wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta, po uzyskaniu jego pisemnej zgody.

## **5. USTAWA O PRAWACH PACJENTA I RZECZNIKU PRAW PACJENTA z dnia 6 listopada 2008r.**

### **Art. 17. [Prawo do wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania]**

Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, ma prawo do wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych przez lekarza.

Zgoda oraz sprzeciw, o których mowa w ust. 1-3, mogą być wyrażone ustnie albo poprzez takie zachowanie osób wymienionych w tych przepisach, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom albo brak takiej woli.

### **Art. 18. [Forma pisemna zgody]**

1. W przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, zgodę, wyraża się w formie pisemnej.

## **NA JAKIE ZABIEGI PACJENT WYRAŻA ZGODĘ:**

### **ZGODNIE Z USTAWĄ O ZAWODZIE LEKARZA ŚWIADCZENIA LEKARSKIE DZIELĄ SIĘ NA:**

- 1 ) BADANIE
- 2 ) EKSPERYMENT MEDYCZNY
- 3 ) ZABIEG OPERACYJNY I METODĘ LECZENIA LUB  
DIAGNOSTYKI STWARZAJĄCE PODWYŻSZE  
RYZYO, ALE NIEKONIECZNIE UTRATY  
ŻYCIA , CIEZKIEGO ROZSTROJU ZDROWIA,  
CIEZKIEGO USZKODZENIA CIAŁA
- 4 ) ZABIEG OPERACYJNY I METODĘ LECZENIA LUB  
DIAGNOSTYKI STWARZAJĄCE RYZYKO UTRATY  
ŻYCIA, CIĘŻKIEGO ROZSTROJU ZDROWIA,  
CIĘŻKIEGO USZKODZENIA CIAŁA
- 5 ) INNE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

**ART. 156 KODEKSU KARNEGO**  
**Ciężki uszczerbek na zdrowiu]**

§ 1.<sup>[55]</sup> Kto powoduje ciężki uszczerbek na zdrowiu w postaci:

- 1) pozbawienia człowieka wzroku, słuchu, mowy, zdolności płodzenia,
- 2) innego ciężkiego kalectwa, ciężkiej choroby nieuleczalnej lub długotrwałej, choroby realnie zagrażającej życiu, trwałej choroby psychicznej, całkowitej albo znacznej trwałej niezdolności do pracy w zawodzie lub trwałego, istotnego zeszpecenia lub zniekształcenia ciała,

podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10.

§ 2. Jeżeli sprawca działa nieumyślnie,

podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

§ 3. Jeżeli następstwem czynu określonego w § 1 jest śmierć człowieka, sprawca

podlega karze pozbawienia wolności od lat 2 do 12.

## ZNACZENIE ZGODY PACJENTA:

- 1 ) LEGALIZUJE W SENSIE PRAWNYM DZIAŁANIA LEKARZA SKIEROWANE NA OSOBĘ I ZDROWIE PACJENTA
- 2 ) PRZENOSI RYZYKO NIEPOWIEDZENIA DANEGO ŚWIADCZENIA Z LEKARZA NA PACJENTA
- 3 ) NIE ZWALNIA LEKARZA OD :
  - A ) OBOWIĄZKU STARANNEGO I ZGODNEGO Z ZASADMI WIEDZY MEDYCZNEJ DZIAŁANIA
  - B ) OD NAKAZU PODJEMOWANIA TYLKO TAKICH DZIAŁAŃ, KTÓRE SĄ UZASADNIONE STANEM ZDROWIA PACJENTA

**ZGODA TO** - JEDNOSTRONNE, ODWOŁALNE OŚWIADCZENIE MOCĄ KTÓREGO WYŁĄCZONA ZOSTAJE BEZPRAWNOŚĆ INTERWENCJI MEDYCZNEJ PRZY JEDNOCZESNYM PRZYJĘCIU PRZEZ PACJENTA RYZYKA ZWYKŁYCH NASTĘPSTW ZWIĄZANYCH Z UDZIELENIEM ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO.

## RODZAJE ZGODY :

ZGODA WŁASNA: WYRAŻONA PRZEZ SAMEGO PACJENTA

ZGODA ZASTĘPCZA - WYRAŻONA PRZEZ;

- PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO
- OPIEKUNA PRAWNEGO
- OPIEKUNA FAKTYCZNEGO

ZGODA RÓWNOLEGŁA - ZGODA PACJENTA I INNEGO PODMIOTU

GDY MAŁOLETNI PACJENT MA UKOŃCZONE 16 LAT  
GDY PACJENT JEST UBEZWŁASNOWOLNIONY ALE ZDOLNY  
Z ROZEMNIEM WYPOWIEDZIEĆ SIĘ W SPRAWACH  
UDZIELENIA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO

## FORMA ZGODY

---

ZGODA PACJENTA MOŻE WYRAŻONA:

1 ) USTNIE

2 ) W SPOSÓB DOROZUMIANY, ( czyli przez każde zachowanie , które w sposób nie budzący wątpliwości wskazuje na wolę pacjenta poddania się określonym czynnościom medycznym ) to tzw. ZGODA KONKLUDENTNA

3 ) W FORMIE PISEMNEJ w odniesieniu do :

- A ) ZABIEGU OPRECYAJNEGO I METOD LECZENIA LUB DIAGNOSTYKI, STAWRAJĄCYCH PODWYŻSZONE RYZYKO DLA PACJENTA
- B ) EKSPERYMENTU MEDYCZNEGO

## PISEMNA ZGODA POWINNA ZAWIERAĆ:

1. rodzaj zabiegu, jakiemu ma się poddać pacjent wraz ze wskazaniem wybranej metody
2. oświadczenie pacjenta o zapoznaniu go z:
  - typowymi i przewidywalnymi możliwymi powikłaniami,
  - nietypowymi powikłaniami
  - ryzyku zabiegu
  - następstwach zabiegu
3. własnoręczny podpis pacjenta

Zgodnie z wyrokiem Sądu Najwyższego z dnia 17 grudnia 2004r. sygn. II CK 303/04, OSP 2005/11/131

Ciężar dowodu wykonania ustawowego obowiązku udzielenia pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji poprzedzającej wyrażenie zgody na zabieg operacyjny spoczywa na lekarzu.”

Zabieg medyczny wykonany bez zgody pacjenta jest czynnością bezprawną, nawet gdy wykonany jest zgodnie z zasadami wiedzy. ( wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 31.03.2006r. ( IA Ca 973/05 )

## **ODPOWIEDZIALNOŚĆ LEKARZA W PRZYPADKU NIEUZASADNIONEGO ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO BEZ ZGODY PACJENTA:**

- 1 ) ODPOWIEDZIALNOŚĆ KARNA
- 2 ) ODPOWIEDZIALNOŚĆ CYWILNA
- 3 ) ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZAWODOWA



## **ODPOWIEDZIALNOŚĆ KARNA**

### **ART. 192 KODEKSU KARNEGO**

§ 1. Kto wykonuje zabieg leczniczy bez zgody pacjenta,

podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.

§ 2. Ściganie następuje na wniosek pokrzywdzonego.

## **ODPOWIEDZIALNOŚĆ CYWILNA**

### **art. 444. [Szkoda na osobie]**

§ 1. W razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu koszty. Na żądanie poszkodowanego zobowiązany do naprawienia szkody powinien wyłożyć z góry sumę potrzebną na koszty leczenia, a jeżeli poszkodowany stał się inwalidą, także sumę potrzebną na koszty przygotowania do innego zawodu.

§ 2. Jeżeli poszkodowany utracił całkowicie lub częściowo zdolność do pracy zarobkowej albo jeżeli zwiększyły się jego potrzeby lub zmniejszyły widoki powodzenia na przyszłość, może on żądać od zobowiązanego do naprawienia szkody odpowiedniej renty.

§ 3. Jeżeli w chwili wydania wyroku szkody nie da się dokładnie ustalić, poszkodowanemu może być przyznana renta tymczasowa.

#### **Art. 445. [Zadośćuczynienie pieniężne]**

§ 1. W wypadkach przewidzianych w artykule poprzedzającym sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.

#### **Art. 446. [Śmierć poszkodowanego]**

§ 1. Jeżeli wskutek uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia nastąpiła śmierć poszkodowanego, zobowiązany do naprawienia szkody powinien zwrócić koszty leczenia i pogrzebu temu, kto je poniósł.

## **ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZAWODOWA**

#### **Art. 53. [Zakres odpowiedzialności]**

Członkowie izb lekarskich podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza, zwane dalej „przewinieniem zawodowym”.

#### **art. 83. [Katalog kar]**

1. Sąd lekarski może orzekać następujące kary:

- 1) upomnienie;

- 2) nagana;
- 3) kara pieniężna;
- 4) zakaz pełnienia funkcji kierowniczych w jednostkach organizacyjnych ochrony zdrowia na okres od roku do pięciu lat;
- 5) ograniczenie zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza na okres od sześciu miesięcy do dwóch lat;
- 6) zawieszenie prawa wykonywania zawodu na okres od roku do pięciu lat;
- 7) pozbawienie prawa wykonywania zawodu.

*ODPOWIEDZIALNOŚĆ KARNA, CYWILNA I ZAWODOWA LEKARZA SĄ NIEZALEZNE OD SIEBIE W TYM SENSIE, ZE ODPOWIEDZIALNOŚĆ NA JEDNEJ PŁASZCZYŹNIE NIE WYKLUCZA ODPOWIEDZIALNOŚCI NA POZOSTAŁYCH PŁASZCZYZNACH.*

ZGODA PACJENTA NA LECZENIE PROTETYCZNE

**Imię i nazwisko pacjenta, nr PESEL**

.....

**Rodzaj planowanego uzupełnienia protetycznego:**

.....  
.....

.....Zgodnie z art. 32-35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz. U. z 2008 nr 136 poz. 857 z późniejszymi zmianami), wyrażam zgodę na wykonanie, wyżej opisanego, planowanego świadczenia zdrowotnego przez lek. dent. ....

..... W .....

Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia – zgodnie z ankietą stanowiącą załącznik nr 1 do niniejszego oświadczenia. O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego. Przyjmuję do wiadomości, że w/w są danymi poufnymi.

Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji radiologicznej oraz fotograficznej podczas zabiegów i po otrzymaniu uzupełnień protetycznych.

**Zostałem(am) poinformowany(a):**

1. o rodzaju zabiegu, o istocie i technice zabiegów zmierzających do wykonania uzupełnień protetycznych.
2. o ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań związanych z zaakceptowanym przeze mnie sposobem leczenia,
3. o zakresie pracy, który może różnić się od zaplanowanego, jeżeli w trakcie leczenia wynikną nieprzewidziane okoliczności. Wyrażam zgodę na dokonanie w tej sytuacji korekty kosztorysu.
4. o możliwości wystąpienia dolegliwości bólowych w trakcie leczenia lub po jego zakończeniu; stan taki może wystąpić u niektórych pacjentów, jednak jest przemijający.

5. o konieczności utrzymywania prawidłowej higieny jamy ustnej i zgłaszania się do okresowych badań stanu klinicznego co 6 miesięcy, co jest warunkiem powodzenia leczenia.
6. *o kosztach leczenia, które akceptuję.*

Zobowiązuję się, że każdy etap dotyczący estetyki pracy tj. dobór koloru i kształtu zębów, formy uzupełnienia protetycznego zostanie przeze mnie zatwierdzony jako zgodny z moimi oczekiwaniami, podpisem w karcie leczenia. Jeżeli po tym fakcie chciałbym dokonać zmiany w formie uzupełnienia, zobowiązuję się do pokrycia kosztów z tym związanych.

Zobowiązuję się do przestrzegania zaleceń lekarskich w szczególności dotyczących higieny jamy ustnej oraz do zgłaszania się na wizyty kontrolne w wyznaczonych terminach.

Stwierdzam, że odpowiedzi udzielone na wszystkie moje pytania dotyczące leczenia a także możliwych powikłań i alternatywnych sposobów leczenia (włącznie z zaniechaniem leczenia) były dla mnie zrozumiałe i zostały udzielone w sposób wyczerpujący. Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych i stomatologicznych, pozytywne efekty leczenia nie są zagwarantowane. Wiem, że mogę odwołać zgodę na leczenie.

Data, Podpis i pieczęć lekarza dentystry

Czytelny podpis pacjenta (Rodzica lub opiekuna)

**ZGODA PACJENTA NA LECZENIE ENDODONTYCZNE**

## **Imię i nazwisko pacjenta, nr PESEL**

.....

Zgodnie z art. 32-35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz. U. z 2008 nr 136 poz. 857 z późniejszymi zmianami), wyrażam zgodę na leczenie endodontyczne zęba ..... przez lek. dent ..... w .....

Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia – zgodnie z ankietą stanowiącą załącznik nr 1 do niniejszego oświadczenia. O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego. Przyjmuję do wiadomości, że w/w są danymi poufnymi. Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji radiologicznej.

### **Zostałem(am) poinformowany(a):**

1. o tym, że leczenie endodontyczne (kanałowe) zęba polega na usunięciu z jego wnętrza, czyli komory zęba i kanałów korzeniowych, zmienionej zapalnie lub martwej miazgi i trwałe wypełnienie tej przestrzeni materiałem leczniczym.
2. o tym, że ze względu na skomplikowaną budowę anatomiczną zębów i tkanek otaczających, leczenie endodontyczne nie zawsze jest możliwe lub może okazać się nieskuteczne już w trakcie podjętych procedur.
3. o ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań, a w szczególności o tym, że:
  - a) w przypadku kanałów korzeniowych o skomplikowanej budowie, nietypowym przebiegu, kanałów niedrożnych lub zębów leczonych w przeszłości, istnieje zwiększone ryzyko powikłań;

- b) leczenie powtórne jest zawsze trudniejsze i nie w każdym przypadku można je wykonać jedynie zachowawczą, mało inwazyjną metodę leczenia. Jest też obciążone większym ryzykiem powikłań i niepowodzeń;
- c) podczas leczenia endodontycznego może dojść do złamania korony zęba. Może się zdarzyć, że lekarz będzie zmuszony do celowego zniesienia części korony zęba, by umożliwić prawidłowe wykonanie tego leczenia. Możliwa jest także perforacja kanału korzeniowego lub komory miazgi zęba. Istnieje ryzyko złamania instrumentu endodontycznego wewnątrz kanału korzeniowego (bez możliwości jego usunięcia) oraz przepchnięcia materiału uszczelniającego poza wierzchołek korzenia zęba, co może powodować dolegliwości bólowe i w konsekwencji ewentualną konieczność chirurgicznego odcięcia fragmentu zęba;
- d) w trakcie leczenia kanałowego zęba z założoną koroną protetyczną dochodzi do nieodwracalnego uszkodzenia tej korony lub zachodzi konieczność jej świadomego usunięcia;
- e) w czasie leczenia endodontycznego, a zwłaszcza po jego zakończeniu mogą wystąpić przemijające objawy bólowe wymagające niekiedy zastosowania leków przeciwbólowych;
- f) w niektórych przypadkach w czasie leczenia endodontycznego może dojść do zaostrzenia objawów stanu zapalnego (ból samoistny zębów, obrzęk, wysięk surowiczy lub ropny, uczynnienie przetoki). Może to wymagać zastosowania leku przeciwzapalnego lub antybiotykoterapii;
- g) leczenie endodontyczne zębów ze zmianami w okolicy okołowierzchołkowej jest obarczone większym ryzykiem; czasami mimo przeprowadzonego leczenia zmiany te mogą nie goić się

prawidłowo - to może zmniejszyć szanse na utrzymanie danego zęba w jamie ustnej;

- h) mimo przeprowadzonego leczenia endodontycznego może zaistnieć konieczność wykonania zabiegu chirurgicznego, np. odcięcia wierzchołka korzenia lub całego korzenia, lub w przypadku niepowodzenia tego leczenia konieczność usunięcia zęba;

4. o tym, że po leczeniu endodontycznym konieczna jest jak najszybsza, trwała rekonstrukcja zęba ze względu na wysokie ryzyko złamania osłabionej korony zęba. Przy niewielkim stopniu uszkodzenia korony zęba wystarcza odbudowa zachowawcza za pomocą wypełnienia. Jeśli ząb jest mocno zniszczony, konieczna jest odbudowa protetyczna najczęściej za pomocą wkładu koronowego (INLAY) lub wkładu koronowo-korzeniowego i korony protetycznej. Tylko szczelna i trwała odbudowa przeciwdziała wtórnej infekcji oraz mechanicznym urazom leczonego zęba;

5. o tym, że w trakcie leczenia endodontycznego istnieje konieczność wykonania kilku zdjęć rentgenowskich (nie mniej niż 2). Obecnie stosowana jest technika radiowizjografii (RTG cyfrowy) znacznie ograniczająca ekspozycję pacjenta na promieniowanie jonizujące;

6. o tym, że po zakończeniu leczenia pacjent jest zobowiązany do zgłaszania się na wizyty kontrolne wraz ze zdjęciem RTG, w terminach zaleconych przez lekarza;

*7. o kosztach leczenia, które akceptuję.*

Powyższe zasady przeczytałem/-am i zrozumiałem/-am, uzyskałem/-am również wszelkie wyjaśnienia dotyczące leczenia w moim przypadku. Zostałem/-am



poinformowany/-a o alternatywnych możliwościach leczenia, z zaniechaniem leczenia włącznie. Zostałem/-am poinformowany/-a o ryzyku towarzyszącym innym metodom leczenia i konsekwencjach wynikających z zaniechania leczenia. Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych, pozytywne efekty leczenia nie są zagwarantowane. Ponadto, leczenie endodontyczne jest podejmowane w celu usunięcia konkretnego problemu i może nie wyeliminować innych ukrytych problemów. Leczenie endodontyczne nie zabezpiecza także przed próchnicą, złamaniem zęba oraz chorobami przyzębia. W wyjątkowych sytuacjach leczony ząb może wymagać ponownego leczenia, zabiegu chirurgii endodontycznej lub usunięcia. Wiem, że mogę odwołać zgodę na leczenie.

Data, Podpis i pieczęć lekarza dentysty

Czytelny podpis pacjenta (Rodzica lub opiekuna)

## OŚWIADCZENIE - ZGODA PACJENTA

WYRAŻAM                      ZGODĘ                      na                      leczenie  
operacyjne .....

1. Zostałem poinformowany i zrozumiałem przebieg i cel leczenia / operacji.
2. Zrozumiałem , że .....
3. Lekarz dokonał dokładnego badania stanu jamy ustnej.
4. Przedstawiono mi alternatywne metody leczenia, ale rozumiejąc mój stan jamy ustnej chcę poddać się leczeniu przy pomocy .....
5. Zostałem poinformowany o możliwościach powikłań po zabiegu chirurgicznym, znieczuleniu i z powodu konieczności przyjmowania leków – takich jak ból, obrzęk, wybroczony krawae, utrudnione gojenie, reakcja alergiczna na leki itp.
6. Wyjaśniono mi, że nie można z góry przewidzieć zdolności mojej kości i dziąsła do gojenia i udzielono mi odpowiedzi na wszystkie pytania.
7. *Niektóre implanty mogą się nie wgoić i zajdzie konieczność ich usunięcia. Omówiono ze mną warunki ponownego założenia implantu.*
8. Zobowiązuję się dokładnie przestrzegać zaleceń po zabiegu.
9. Udzieliłem prawdziwych informacji o aktualnym stanie mojego zdrowia.
10. Leczenie, które mi zaproponowano będzie prowadzone z najwyższą starannością. Jeżeli jednak w trakcie jego trwania wynikną okoliczności uniemożliwiające kontynuację przyjętej koncepcji, przeanalizuję alternatywne możliwości i wspólnie z lekarzem zdecydujemy o leczeniu kompromisowym.
11. Poinformowano mnie o kosztach leczenia, które akceptuję.

Podpis lekarza

Podpis pacjenta

Data .....