
INFORMACJA DLA PACJENTA

Zgoda na proponowane leczenie

Imię i nazwisko

PESEL

Data urodzenia

Szanowny Pacjencie

W trosce o Twoje bezpieczeństwo i zapewnienie dostępu do pełnych informacji medycznych dotyczących planowanego procesu leczenia, ewentualnego ryzyka z tym związanego uprzejmie prosimy o przeczytanie całej treści niniejszego dokumentu.

Informacje ogólne

1. Przychodnia udziela Pacjentom świadczeń zdrowotnych w zakresie kompleksowego leczenia ran przewlekłych i powikłanych. Jednym z elementów procedury opracowania rany jest usunięcie tkanek martwiczych i zakażonych. W przypadkach stwierdzenia wyżej wymienionych tkanek personel medyczny może wykonać zabieg polegający na znieczuleniu, opracowaniu rany, usunięciu tkanki martwej lub zakażonej. W trakcie leczenia mogą być wykonywane również następujące zabiegi: nacięcie i drenaż ropnia, amputacja palca lub inna mała amputacja, elektrokoagulacja tkanek, założenie opatrunku podciśnieniowego, biopsja tkanek, zeszyte wtórne rany, przeszczep skóry autologiczny, założenie opasek kompresyjnych, założenie opatrunku biologicznego (sterylna larwa), plastyka i rekonstrukcja w obrębie skóry i tkanek miękkich. W przypadku leczenia przy użyciu opatrunków podciśnieniowych pacjent ma obowiązek natychmiastowego reagowania na komunikaty zgłaszane przez urządzenie. Uszkodzenie lub rozszczelnienie opatrunku podciśnieniowego wymaga pilnego kontaktu pacjenta z personelem Przychodni.

WAŻNE!

Powyższe procedury mogą wiązać się z wystąpieniem bólu, krwawienia, zakażenia, bądź rozszczelnienia opatrunku, jednak personel medyczny dąży należytej staranności, aby zminimalizować ryzyko powikłań.

2. Szczegółowy plan leczenia zostanie ustalony podczas pierwszej wizyty lekarskiej.
3. W trakcie trwania leczenia plan ten może ulec zmianie o czym pacjent zostanie poinformowany przez personel medyczny.
4. W trakcie wizyty w Przychodni Pacjent ma prawo do otrzymywania od personelu medycznego Przychodni informacji o stanie swojego zdrowia, rozpoznaniu, możliwych oraz proponowanych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach zastosowania metod diagnostycznych lub leczniczych lub skutkach zaniechania leczenia, wynikach leczenia oraz jego rokowaniu. Ponadto Pacjent jest w razie potrzeby informowany o ograniczeniach jego praw jako pacjenta wynikających z

przepisów prawa np.: przepisy epidemiologiczne.

5. W trakcie świadczeń zdrowotnych sporządzana jest przez personel Przychodni w zakresie niezbędnym dokumentacja medyczna, której elementem jest dokumentacja fotograficzna (w szczególności ran przewlekłych). Uczestnicząc w świadczeniach zdrowotnych realizowanych przez Przychodnię Pacjent wyraża zgodę na wykonywanie dokumentacji fotograficznej, jej przechowywanie przez Przychodnię w celach naukowych i leczniczych, oraz wykorzystywanie przez Przychodnię w sposób zapewniający anonimowość Pacjenta oraz uniemożliwiający przeciętnemu odbiorcy możliwość identyfikacji Pacjenta.

W Pana/i przypadku stwierdzono ranę:

.....

Proponowany plan leczenia:

.....

.....

.....

.....

Lub

Proponowany plan leczenia jest zawarty w opisie wizyty pierwszorazowej, który został pacjentowi przedstawiony

.....

Pieczętka i podpis lekarza

Oświadczenie Pacjenta

Oświadczam, że miałem możliwość zadawania lekarzowi pytań odnośnie planowanego leczenia

Tak **Nie**

Informacje zostały przekazane mi w sposób zrozumiały i wyczerpujący

Tak **Nie**

Zapoznałem się z materiałem informacyjnym i planem leczenia

Tak **Nie**

Zgadzam się na proponowane leczenie

Tak **Nie**

Zostałem poinformowany/a o możliwości powikłań i/lub zmiany leczenia

Tak **Nie**

Wyrażam zgodę na dokumentowanie(fotografię) procesu leczenia rany

Tak **Nie**

Warszawa, dnia _____ roku

(czytelny podpis - imię i nazwisko pacjenta)

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych

Zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o **ochronie danych osobowych** (tekst jednolity: Dz.U. z 2018 r. poz. 1000) informuję, że:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest PODOS Klinika Leczenia Ran z siedzibą w Warszawie, ul. Narbutta 46/48, reprezentowana przez Prezesa Pawła Galickiego,
2. Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji świadczeń zdrowotnych w PODOS i nie będą udostępniane innym odbiorcom nie związanym z udzielaniem świadczeń medycznych,
3. PODOS pozyskuje dane osobowe wyłącznie od pacjentów leczonych w swojej placówce,
4. Posiadają Państwo prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania,
5. Po zakończeniu procesu leczenia posiadają Państwo prawo do usunięcia swoich danych osobowych,
6. W przypadku w którym ze względów zdrowotnych Pacjent nie możecie osobiście stawić się w naszej placówce po odbiór dokumentów zawierających dane osobowe wymagamy posiadania pisemnego pełnomocnictwa/upoważnienia (zgodnie z regulacjami Kodeksu Cywilnego),
7. Podanie danych osobowych jest niezbędne do wykonywania usługi medycznej i uzyskaniu odpowiednich świadczeń medycznych. Jeśli dane osobowe nie zostaną podane, usługa nie będzie mogła zostać wykonana zgodnie z przyjętymi w PODOS procedurami medycznymi.

Zgoda pacjenta na przetwarzanie danych osobowych

Oświadczam, że zapoznałem się z w/w informacjami na temat przetwarzania danych osobowych w Klinice Leczenia Ran PODOS i wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez PODOS w celu i zakresie niezbędnym do przeprowadzenia całego procesu leczenia.

Warszawa, dnia _____ roku

(czytelny podpis - imię i nazwisko pacjenta)