

---

## 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 (sterylnie larwy), 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 może być dokumentacja fotograficzna (w szczególności ran przewlekłych).
6. Na podstawie art. 14 ust. 2 pkt 3 oraz art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 z późn. zm.) pacjent oświadcza, że „ **do uzyskiwania informacji i o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach opieki zdrowotnej oraz do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby - we wszelkich prawnie dopuszczalnych formach udostępniania dokumentacji medycznej zarówno za życia jak i po śmierci upoważniam**”:

.....  
(imię i nazwisko, PESEL lub data urodzenia)

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis Pacjenta lub  
jego przedstawiciela ustawowego)

7. 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**

Zostałem poinformowany/a o możliwości obecności innych kadr medycznych odbywających aktualnie staż szkoleniowy w Klinice PODOS.

**Tak**                      **Nie**

Warszawa, dnia \_\_\_\_\_ roku

\_\_\_\_\_  
*(czytelny podpis - imię i nazwisko pacjenta lub przedstawiciela ustawowego)*

---

## Informacja o przetwarzaniu danych osobowych

Zgodnie z art. 24, 25 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o **ochronie danych osobowych** ( tekst jednolity: Dz. U. z 2014 r. poz. 1182 ze zm.) 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)