



S Z P O T A Ń S K I

Miejscowość, data.....

Telefon:

Data przyjazdu:

ŚWIADOMA ZGODA NA ZABIEG CHIRURGICZNY I LECZENIE MOJEGO KONIA:

Imię i nazwisko właściciela:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Imię/wiek/rasa/maść/nr paszportu:

.....

Rodzaj planowanego zabiegu operacyjnego oraz jego lokalizacja:

.....

Rodzaj planowanego znieczulenia: miejscowe i ogólne.

Ja niżej podpisany/a /imię i nazwisko/,
wyrażam zgodę na wykonanie planowanego, wyżej opisanego zabiegu chirurgicznego.

Jednocześnie jestem świadomy/a i wyrażam zgodę by operacja i leczenie pooperacyjne
zostało przeprowadzone w Lecznicy dla Koni w Łasiecznikach.

Oświadczam, że zostałam/em w sposób wyczerpujący i w języku dla mnie zrozumiałym
poinformowana/y o :

1. Konieczności i sposobie przygotowania do przeprowadzenia zabiegu
2. Rodzaju zabiegu, przewidywanym czasie trwania, sposobie znieczulenia oraz przewidywanym wyniku;
3. Typowych, najczęściej występujących powikłaniach wykonywanego zabiegu;
4. Sposobie postępowania po przeprowadzeniu zabiegu operacyjnego, w tym o konieczności wdrożenia terapii farmakologicznej;
5. Typowych, najczęściej występujących powikłaniach wdrażanej terapii farmakologicznej;
6. Konieczności odbycia wizyt konsultacyjnych po przeprowadzeniu zabiegu;
7. Negatywnych następstwach i powikłaniach, które mogą wystąpić w związku ze spóźnionym zastosowaniem się do zaleceń lekarza.
8. Możliwości wystąpienia powikłań związanych z zabiegiem oraz przebiegiem gojenia, skutkach nie stosowania się do zaleceń lekarza,
9. Kosztach zabiegu i leczenia, które akceptuję i zobowiązuje się uregulować w ustalonym terminie.

Jestem świadoma/y, że możliwy do osiągnięcia efekt zabiegu, okres gojenia i skuteczność terapii pooperacyjnej nie mogą zostać określone w sposób ścisły, co wynika ze specyfiki planowanego zabiegu.

Jestem również świadoma/y, że końcowy efekt zabiegu, jak również przebieg okresu pooperacyjnego są ściśle uzależnione od indywidualnego przypadku. Jestem ponadto świadoma/y, że ostateczny efekt zabiegu zależy od wielu czynników wymienionych w informacji o zabiegu. Jestem świadomy, że w trakcie zabiegu, leczenia oraz znieczulenia mogą wystąpić nieprzewidziane okoliczności, których nieuwzględnienie mogłoby grozić niebezpieczeństwem utraty życia konia.

Niniejszym zezwalam lekarzowi upoważnionemu do przeprowadzenia planowanego zabiegu wykonania dodatkowych zabiegów, które mogą okazać się niezbędne z uwagi na wyżej wymienione okoliczności.

.....

PODPIS WŁAŚCICIELA OPEROWANEGO KONIA