



**multiMEDICA**

NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ

51-318 Wrocław, ul. Zakrzowska 19a  
tel. 071/ 325 34 46, fax 071/ 345 49 60  
www.multimedica.com.pl  
NIP 895-16-43-316

# ***INFORMACJE***

## ***DLA***

### ***PACJENTÓW***

RODZAJ ZABIEGU.....

.....

TERMIN ZABIEGU.....

GODZINA.....

#### **PRZYGOTOWANIE:**

- przed zabiegiem w znieczuleniu ogólnym, rdzeniowym należy być 6 godzin bez jedzenia i picia
- pole operacyjne
- wykonanie niezbędnych badań
- odstawienie leków pochodnych od aspiryny tydzień przed zabiegiem
- na zabieg w ramach NFZ wymagane jest skierowanie "DO SZPITALA" oraz dokument potwierdzający ubezpieczenie

DATA I PODPIS PIEŁĘGNIARKI

.....

## ***Szanowna Pacjentko, Szanowny Pacjencie***

*Serdecznie dziękujemy Państwu, że obdarzyliście nas ogromnym zaufaniem  
decydując się na wykonanie zabiegu w multiMEDICA.*

*W naszych rękach jest, Państwa największa wartość - ZDROWIE.*

*Chcielibyśmy, abyście Państwo czuli się u nas jak w domu.*

*Postaramy się spełnić wszelkie Państwa oczekiwania w tych trudnych i stresujących chwilach.*

*Z życzeniami szybkiego powrotu do zdrowia*

*Gracjuszka Felder*

Uprzejmie prosimy o odpowiedź na pytania, które pozwolą nam się przygotować do jak najlepszego ugoszczenia Państwa w naszym ośrodku.

1. Jakie są Pani / Pana ulubione potrawy?

Śniadanie
Obiad
Kolacja

2. O jakich porach spożywa Pani/ Pan posiłki?

Śniadanie	
Obiad	
Kolacja	

3. Jakie są Pani/ Pana ulubione napoje?

--	--	--	--	--

4. Jaka gazetę czytuje Pani/ Pan zazwyczaj?

--	--

5. Czy życzy sobie Pani/ Pan odwiedzin po zabiegu?

<input type="checkbox"/>	Tak
<input type="checkbox"/>	Nie
<input type="checkbox"/>	Nie wiem

Prosimy o podanie numeru telefonu osoby, do której moglibyśmy zatelefonować po zabiegu

.....

Czy posiada Pani/ Pan jakieś specjalne życzenia w okresie pooperacyjnym, które możemy spełnić?

.....

Dziękujemy.

## ***Szanowna Pacjentko, Szanowny Pacjencie***

Zgodnie z obowiązującą Ustawą z dnia 30 sierpnia 1991 r. (art.19)

**PACJENT MA PRAWO DO:**

1. *Świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej.*
2. *Wyrażania zgody lub odmowy jej udzielania na określone świadczenia - po uzyskaniu odpowiedniej informacji.*
3. *Uzyskania informacji o swoim stanie zdrowia.*
4. *Poszanowania jego intymności i godności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych.*

**multiMEDICA** ***Pacjent jest najważniejszy***

*Grzegorz Peltko*

## ZGODA NA ZABIEG

Zawarta w dniu .....we Wrocławiu pomiędzy.....

.....

.....

zamieszkałą/ -ym-/ .....

.....

W dalszej części zwanej/ -ym-/ Pacjentem a.....

.....

w dalszej części zwanym Wykonawcą, została zawarta zgoda na zabieg o następującej treści:

1.

Wykonawca zobowiązuje się do wykonania .....

.....

..... w znieczuleniu .....

zwanego dalej Zabiegiem

2.

2.1 Zabieg wykonany zostanie w pomieszczeniach kliniki multiMEDICA.

2.2 Wykonawca oświadcza, że posiada wymagane kwalifikacje do przeprowadzenia zabiegu przedstawionego w p. 1.

2.3 Wykonawca oświadcza, że pomieszczenia, w których zostanie wykonany zabieg spełniają wymagania określone przez właściwe przepisy.

2.4 Wszystkie niezbędne materiały, leki dostarcza Wykonawca.

2.5 Wykonawca zobowiązuje się do zorganizowania, koordynowania wszystkich działań medycznych oraz wsparcia Pacjenta w czasie trwania zabiegu jak i podczas ewentualnego pobytu w klinice.

2.6 Wykonawca zobowiązuje się do zachowania tajemnicy lekarskiej oraz ochrony danych osobowych Pacjenta.

2.7. Przed zabiegiem wykonawca zobowiązany jest poinformować Pacjenta o:

1. celu wykonania zabiegu

2. metodzie wykonania zabiegu

3. ewentualnych powikłaniach, które mogą powstać po zabiegu

- 2.8 Po zabiegu Wykonawca zobowiązany jest wydać Pacjentowi kartę informacyjną leczenia w dniu zabiegu lub po zakończeniu leczenia.
- 2.9 Wykonawca zobowiązany jest przestrzegać Praw Pacjenta
- 2.10 Jeśli wykonanie zabiegu w terminie uzgodnionym jest niemożliwe z winy Wykonawcy jest on zobowiązany do powiadomienia o tym fakcie Pacjenta oraz uzgodnienia z nim dogodnego terminu.

3.

- 3.1 Zabie zostanie przeprowadzony w terminie uzgodnionym pomiędzy Pacjentem a Wykonawcą.
- 3.2 Pacjent przybywa i opuszcza na koszt własny klinikę. Pacjent zobowiązany jest udać się do domu pod opieką osoby trzeciej poinformowanej o zabiegu
- 3.3 Czas pobytu może ulec zmianie, jeśli uzasadnione jest to stanem zdrowia Pacjenta.
- 3.4 Zabieg wymieniony w punkcie 1. połączony jest z pobytem Pacjenta w klinice przez okres..... dni.

4.

- 4.1 Pacjent zobowiązany jest do uzyskania pełnej informacji od Wykonawcy o:
1. celu wykonania zabiegu
  2. metodzie wykonania zabiegu
  3. ewentualnych powikłaniach związanych z przeprowadzonym zabiegiem
- 4.2 Pacjent zobowiązany jest dostosować się do zaleceń Wykonawcy związanych z przebiegiem pooperacyjnym w klinice
- 4.3 Jeżeli w trakcie pobytu w klinice wystąpią powikłania związane z niedostosowaniem się Pacjenta do zaleceń Wykonawcy, w wyniku czego Pacjent musi pozostać w klinice to Wykonawca nie pokrywa kosztów pobytu, opieki i wyżywienia.
- 4.4 Pacjent zobowiązany jest do wskazania osoby trzeciej, która może być powiadomiona o zabiegu okolicznościami związanymi z nim.
- 4.5 Pacjent zobowiązany jest dostosować się do zaleceń wskazanych przez Wykonawcę w karcie informacyjnej leczenia po opuszczeniu kliniki.
- 4.6 Pacjent zobowiązany jest złożyć pisemnie następujące oświadczenie woli:
1. zgody na zabieg
  2. zgody na znieczulenie
  - 3.....
  - 4.....
- 4.7 Przed zabiegiem Pacjent zobowiązany jest przedstawić:
1. wyniki niezbędnych badań
  2. ....
  - 3.....
- 4.8 Pacjent zobowiązany jest do uiszczenia honorarium za zabieg w wysokości:  
.....  
słownie.....  
płatnego przed wykonanie zabiegu lub najpóźniej dniu wypisu z kliniki
- 4.9 W przypadku odstąpienia przez Pacjenta od zabiegu / z przyczyn innych niż wymienione w punkcie 2.10/ wykonawca może rościć od Pacjenta karę umowną w wysokości 10 % honorarium określonego w p. 4.8 tzn. kosztów związanych z przygotowaniem do zabiegu.

5.

W sprawach, które nie unormowała niniejsza zgoda na zabieg mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego oraz inne przepisy związane z wykonywaniem usług medycznych. Spory wynikające z niniejszej zgody na zabieg poddają rozstrzygnięciu właściwemu Sądowi dla siedziby Wykonawcy.

6.

Zmiany niniejszej zgody na zabieg dla swej ważności wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności / z wyłączeniem ustalania terminu telefonicznie lub elektronicznie/

7.

Zgoda na zabieg sporządzona została w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla Pacjenta i Wykonawcy .

8.

W przypadku osoby niepełnoletniej w jego imieniu Zgoda na Zabieg podpisywana jest przez Rodziców lub Opiekunów Pacjenta.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb leczenia.

DATA I PODPIS WYKONAWCY ZABIEGU

DATA I PODPIS PACJENTA

.....

.....