330058

Facility:

NYC HEALTH+ HOSPITALS

OGÓLNA ZGODA NA LECZENIE (GENERAL CONSENT FOR TREATMENT)

Chart No.

Name

Unit

(Patient Imprint Card)

FORM A

Dotyczy pacjentów ubiegających się o usługi szpitalne, ambulatoryjne i/lub pogotowia. / For patients seeking in-patient, out-patient and/or emergency room services.

1. Ubiegam się o opiekę medyczną i leczenie w tej placówce oraz zgadzam się zaakceptować usługi, które mogą zdiagnozować schorzenie medyczne, zabiegi, które będą stosowane w leczeniu mojego schorzenia, a także rutynową opiekę dentystyczną i medyczną, w tym szczepienia. Rozumiem, że usługi takie będą świadczone przez lekarzy, stomatologów, pielęgniarki, położne, asystentów lekarzy i innych świadczeniodawców opieki zdrowotnej, z których część może być personelem szkolącym się. Nie udzielono mi żadnych gwarancji co do wyników usług jakie otrzymam.

2. Rozumiem, że moja zgoda na przyjęcie usług pozostanie ważna do czasu gdy stwierdzę, że już ich nie potrzebuję lub do chwili zakończenia leczenia.

3. Rozumiem, że moja zgoda na przyjęcie usług nazywana jest Ogólną zgodą i dotyczy dowolnego rutynowego zabiegu(ów) lub terapii, takich jak pobranie krwi, badania przedmiotowe, podawanie leku(ów), prześwietlenia rtg, zastosowanie znieczulenia miejscowego i zabiegi nieinwazyjne.

Podpis pacjenta lub rodzica/opiekuna prawnego w przypadku pacjenta nieletniego (Signature of Patient or Parent/Legal Guardian of Minor Patient)	**Data (Date)**	**i (and)**	**Godzina (Time)**	**am pm**

If the patient cannot consent for him/herself, the signature of either the health care agent or legal guardian who is acting on behalf of the patient, or the patient's surrogate who is consenting to the treatment for the patient, must be obtained.

Podpis przedstawiciela służby zdrowia lub opiekuna prawnego (Signature of Health Care Agent/Legal Guardian) **(Place a copy of the authorizing document in the medical record)**	**Data (Date)**	**i (and)**	**Godzina (Time)**	**am pm**
Podpis i określenie charakteru związku zastępcy (Signature and Relation of Surrogate)	**Data (Date)**	**i (and)**	**Godzina (Time)**	**am pm**

ŚWIADEK (WITNESS):

I, _____ am a staff member who is not the patient's physician or authorized health care provider and I have witnessed the patient or other appropriate person voluntarily sign this form.

Podpis i tytuł świadka (Signature and Title of Witness)	**Data (Date)**	**i (and)**	**Godzina (Time)**	**am pm**

TŁUMACZ (INTERPRETER/TRANSLATOR): (To be signed by the interpreter/translator if the patient required such assistance)

To the best of my knowledge the patient understood what was interpreted/translated and voluntarily signed this form.

Podpis tłumacza (Signature of Interpreter/Translator)	**Data (Date)**	**i (and)**	**Godzina (Time)**	**am pm**