



NZOZ „ENDO-MEDICA” Sp. z o.o.
ul. Ogrody 14, 85-870 Bydgoszcz
NIP 967-135-73-89 REGON 341435573
www.endomedica.pl
tel.: 52) 373 11 22 ; 791 370 300

.....
(miejsowość, data)

.....
.....
.....

(Imię, nazwisko, PESEL)

ZGODA

Ja, niżej podpisany(a) wyrażam zgodę na leczenie farmakologiczne oraz suplementację preparatami testosteronu. Oświadczam, że zostałem(am) w sposób dla mnie zrozumiały poinformowany/a o potencjalnych działaniach niepożądanych, przeciwwskazaniach oraz ewentualnych powikłaniach związanych z planem leczenia przedstawionym przez lekarza, wśród których najczęstszymi są m.in.:

- ✓ ginekomastia/ rak piersi ,
- ✓ powiększenie/ rak gruczołu krokowego,
- ✓ choroby układu krążenia np. niewydolność serca,
- ✓ obturacyjny bezdech senny,
- ✓ obniżenie płodności,
- ✓ zaburzenia nastroju i snu,
- ✓ wypadanie włosów,
- ✓ retencja wody,
- ✓ trądzik,
- ✓ zmiany w badaniach laboratoryjnych krwi np. zwiększenie hematokrytu, zaburzenia w lipidogramie oraz zwiększenie wykładników uszkodzenia wątroby.

.....
Czytelny podpis i data



OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że powyższe zasady przeczytałem(am) zrozumiałem(am), uzyskałem(am) również wszelkie wyjaśnienia od lekarza prowadzącego, dotyczące leczenia mojego przypadku. Zostałem(am) poinformowany(a) o innych możliwościach postępowania w moim przypadku oraz informację, że efekty leczenia i skuteczność leczenia są ściśle uzależnione od indywidualnego przypadku i zależne od wielu czynników m.in. od stanu mojego zdrowia, wieku, indywidualnej reakcji całego organizmu na podane leki i zastosowane metody leczenia. Zostałem(am) poinformowany(a) o towarzyszącym ryzyku zaproponowanego leczenia i innych metodach i konsekwencjach wynikających z zaniechania leczenia.

Rozumiem, że w przypadku wszystkich procedur medycznych pozytywne efekty leczenia nie mogą być zagwarantowane pomimo postępowania zgodnego ze sztuką lekarską

Jestem świadomy(a), że będąc świadomym wystąpienia typowych negatywnych następstw i powikłań, o których zostałem(am) poinformowany(a) przez lekarza przed rozpoczęciem leczenia nie uprawnia mnie do występowania z roszczeniami, gdyż udzielając mi pełnej informacji na pytania, które zadawano mi w trakcie wywiadu lekarskiego, a także uzyskując pełną i przekazaną w sposób dla mnie zrozumiałą informację dotyczącą niepożądanych skutków oraz będąc w stanie rozsądnie podjąć decyzję sam(a) przyjąłem(przyjęłam) na siebie takie ryzyko. Jestem również świadomy(a), że podstawą potencjalnych moich roszczeń nie może być rozbieżność między rezultatem, którego zakres został ściśle określony przed rozpoczęciem leczenia a moimi oczekiwaniami.

.....
Czytelny podpis i data



NZOZ „ENDO-MEDICA” Sp. z o.o.
ul. Ogrody 14, 85-870 Bydgoszcz
NIP 967-135-73-89 REGON 341435573
www.endomedica.pl
tel.: 52) 373 11 22 ; 791 370 300

.....
.....
.....

(Imię, nazwisko, PESEL)

ZOBOWIĄZANIE PACJENTA

Zobowiązuje się jako pacjent do przestrzegania wszystkich zaleceń lekarskich, informowania lekarza prowadzącego o wszystkich zaistniałych działaniach niepożądanych, wykonywanie cyklicznych zaleconych badań laboratoryjnych i obrazowych (USG) oraz monitorowania postępów leczenia w terminach wskazanych przez lekarza prowadzącego.

Zostałem poinformowany o negatywnym wpływie działania testosteronu podawanego z zewnątrz na jakość nasienia oraz płodność. Zobowiązuje się do wykonania badania ogólnego nasienia przed włączeniem terapii testosteronem, zostałem poinformowany o możliwości zamrożenia nasienia w celach wykorzystania jego w metodach wspomaganego rozrodu i zabezpieczenia płodności. Oświadczam również, że w najbliższym roku nie mam planów w zakresie posiadania biologicznego potomstwa, a w przypadku zmiany decyzji zobowiązuje się do poinformowania o tym lekarza prowadzącego terapię.

Dodatkowo oświadczam, że nie uprawiam dyscypliny sportowej podlegającej kontroli antydopingowej. Jestem świadomy, że przyjmowanie substancji poprawiających wydolność fizyczną organizmu z punktu widzenia etycznego nosi znamiona nieuczciwej rywalizacji. Zobowiązuje się do zgłaszania wszelkich objawów niepokojących występujących podczas uprawiania sportu, przyjmując preparaty testosteronu.

.....
Czytelny podpis i data



OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż udzieliłem(am) pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego odnośnie mojego stanu zdrowia, przyjmowanych leków, oraz przebytych zabiegów. Nie zataiłem(am) istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia w tym istnienia/braku ciąży, przebytych chorób i zabiegów oraz badań, leków, stosowanych środków zabiegów i higieny.

Uzyskałem/am wyczerpujące, jasne i zrozumiałe odpowiedzi na wszystkie postawione pytania, zostały mi objaśnione wszelkie czynności mające związek z proponowanym zabiegiem/metodami diagnostyki/leczenia, zagrożeniami i powikłaniami, które mogą wystąpić w trakcie lub w wyniku zabiegu/badania/leczenia. W trakcie rozmowy z lekarzem miałem/am możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego postępowania medycznego.

Zostałem/am poinformowany/a o możliwości wystąpienia nieprzewidzianych sytuacji, w których konieczna stanie się modyfikacja zakresu badania/ leczenia, jak również o możliwości odwołania przeze mnie udzielonej uprzednio zgody na jakąkolwiek czynność związaną z diagnostyką/leczeniem.

Po zapoznaniu się z powyższym tekstem , zgodnie z art.32-35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz. U. 1997 Nr 28 poz. 152 z późn. zm.) oraz art. 16-18 Ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z dnia 2009r. Nr 52 poz. 417 z późn. zm.), w sposób w pełni świadomy

WYRAŻAM ZGODĘ/NIE WYRAŻAM ZGODY* NA UDZIELENIE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO

.....
(dokładna nazwa zabiegu)

.....
Czytelny podpis i data