

ZGODA NA LECZENIE W PRAKTYCE LEKARSKIEJ

Ja, niżej podpisany(a):

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Telefon kontaktowy:

Niniejszym wyrażam dobrowolną i świadomą zgodę na objęcie mnie opieką medyczną przez: dr Olega Moszczewą prowadzącego prywatną praktykę lekarską pod adresem: 09-410 Płock, Jana Pawła II 21C lok. U7.

Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a) o charakterze proponowanego leczenia, jego możliwych korzyściach i ryzykach, a także o dostępnych alternatywach terapeutycznych. Wyrażam zgodę na stosowanie wobec mnie metod diagnostycznych i terapeutycznych, zarówno konwencjonalnych, jak i niekonwencjonalnych, w tym:

- leczenia farmakologicznego zgodnego z aktualną wiedzą medyczną,
- leczenia naturalnego, w tym homeopatii, fitoterapii oraz suplementacji,
- metod wspierających, np. wlewy dożyłne, farmakopunktura, zalecenia dietetyczne etc.

Zostałem(am) poinformowany(a) o zasadach leczenia metodą konwencjonalną i homeopatyczną. Jest dla mnie całkowicie zrozumiałe na czym polegają zasady leczenia tymi metodami. Informacja przekazana mi przez lekarza była dla mnie jasna i zrozumiała oraz nie budziła żadnych wątpliwości. W trakcie rozmowy z lekarzem miałem(am) możliwość zadawania pytań dotyczących leczenia metodą homeopatyczną i konwencjonalną.

Udzieliłem(am) pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego odnośnie mojego stanu zdrowia, sytuacji społecznej i rodzinnej, przyjmowanych leków, przebytych chorób, urazów i zabiegów.

Mam również prawo do zadawania pytań oraz uzyskania dodatkowych informacji przed podjęciem lub kontynuacją leczenia.

Data i podpis pacjenta:

Data i podpis lekarza: