

ZGODA NA WYKONANIE REWAZEKTOMII

Polskie Prawo gwarantuje Tobie, że masz zarówno prawo i obowiązek podejmować świadome decyzje o swoim zdrowiu. Zdolność płodzenia jest dobrem indywidualnym i nie należy do społeczeństwa tylko do konkretnego Człowieka. Naszą intencją jest zapewnić Państwu pełne i dokładne informacje o rewazektomii. Musisz rozpatrzyć wszystkie opcje, ryzyka i korzyści, oraz podjąć najlepszą możliwą dla Ciebie decyzję.

1. Ja niżej podpisany, zlecam spółce Centrum Planowania Rodziny spółką z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Warszawie (adres: 02- 999 Warszawa, ul. Kazachska 5/UI, REGON: 524501334, NIP: 9512562125), zarejestrowanej w Sądzie Rejonowym dla m. st. Warszawy w Warszawie, Wydziale Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS: 0001020352 (dalej: „**Centrum Planowania Rodziny**”), przeprowadzenie na mnie zabiegu rewazektomii. Zostało mi wyjaśnione, że ten zabieg ma na celu doprowadzenie do przywrócenia drożności nasieniowodów, co ma na celu doprowadzenie do płodności, co oznacza, że będę zdolny do ojcostwa (poczęcia potomka).
2. Zostałem poinformowany o zasadach, sposobie prowadzenia i ewentualnych następstwach proponowanego zabiegu (proponowanej procedury diagnostycznej) lub o celowości, działaniu i ewentualnych następstwach proponowanego zabiegu.
3. Miałem możliwość zadawania lekarzowi pytań, na które otrzymałem jasne odpowiedzi.
4. Wyrażam dobrowolnie zgodę i akceptuję proponowany zabieg rewazektomii, procedurę diagnostyczną, lub zastosowanie proponowanego leczenia w przypadku wystąpienia powikłań po zabiegu.
5. Zgadzam się na przeprowadzenie u mnie znieczulenia ogólnego, oraz dodatkowo znieczulenia miejscowego, który spowoduje brak czucia w miejscu zabiegu, lub innych leków przed, w trakcie lub po zabiegu.
6. Oświadczam, że podczas wywiadu i badań nie zataiłem istotnych informacji dotyczących mojego stanu zdrowia, badań, oraz przebytych chorób.
7. Równocześnie zobowiązuję się do przeprowadzenia badania morfologii ejakulatu w miejscu --zamieszkania, samoistne pokrycie kosztów tego badania- po 8 (ósmym) tygodniu od dnia zabiegu. Wynik badania nasienia otrzymany z laboratorium należy zeskanować i wysłać na adres CPR (badania@wazektomia.com).
8. Rozumiem, że jak w przypadku każdego zabiegu chirurgicznego istnieje ryzyko, zarówno znanych i nieznanymi powikłań, związanych z rewazektomią i że nie dano mi 100% gwarancji co do wyników tej operacji. Możliwe powikłania (5%) to między innymi:
 - Reakcja zapalna w najądrzu lub nasieniowodzie (5%)
 - Nadmierne krwawienie do moszny (krwiak)
 - Bolesny guzek lub blizna (ziarniak plemników, nerwiak)
 - Zakażenie
 - Alergia lub niepożądane reakcje na znieczulenie lub lek
 - Reakcje emocjonalne, które mogą utrudniać normalne funkcjonowanie seksualne w czasie trwania powikłań
 - Ból po zabiegu
9. Rozumiem i akceptuję, że te lub inne powikłania mogą wymagać dalszego leczenia, badań, innych działań, procedur i lub hospitalizacji, na własny koszt. Żądam i upoważniam Centrum Planowania Rodziny oraz wykwalifikowany personel medyczny zatrudniony i / lub Centrum Planowania Rodziny (w miejscu zamieszkania) do wykonywania takiego leczenia lub wymaganych procedur.
10. Rozumiem i będę przestrzegać instrukcji postępowania pozabiegowego, otrzymałem kartę informacyjną - rozpoznanie dotyczące zabiegu rewazektomii. Zgodziłem się na tą operację (rewazektomię) dobrowolnie, z własnej nieprzymuszonej woli. Dokładnie przeczytałem, bądź zostały mi przeczytane powyższe zasady i warunki, rozumiem je i akceptuję.

Data i podpis Pacjenta