

## FORMULARZ ZGODY NA WAZEKTOMIĘ

Dr Andrew Rynne. Konsultacje po umówieniu

**Tel. komórkowy: 00 353 87 2455957**

**Ja .....**

**zamieszkały .....**

wrażam zgodę na poddanie się zabiegowi wazektomii.  
Wyjaśniono mi charakter, cel i planowany skutek tego zabiegu.  
Zdaję sobie sprawę, że:

1. zabieg ten powinien uniemożliwić mi płodzenie dzieci.
2. skutek tej operacji może być nieodwracalny.
3. przed przerwaniem stosowania innej metody antykoncepcji muszę uzyskać dwa negatywne wyniki badania nasienia na zawartość plemników.
4. zostanę poddany zabiegowi pod znieczuleniem miejscowym jako pacjent prywatny.
5. nie można zagwarantować ze 100% pewnością powodzenia operacji.
6. wskaźnik ponownego połączenia nasieniowodu przez upływem 18 tygodni wynosi około 1:100.
7. wskaźnik ponownego połączenia nasieniowodu po upływie 18 tygodni wynosi około 1:3000.
8. po zabiegu w mojej mosznie pozostaną niewielkie tytanowe klipsy.
9. przeczytałem wszystkie informacje podane na stronie internetowej [www.vasectomyireland.com](http://www.vasectomyireland.com) i uważam, że wiem wszystko na temat wazektomii. Zdaję sobie sprawę, że jeżeli nasuną mi się jakiegokolwiek pytania, mogę je zadać dr Rynne przed rozpoczęciem zabiegu.

**Podpis:..... Data:.....**

Wyjaśniłem pacjentowi charakter i cel zabiegu, na przeprowadzenie którego wyraził swoją zgodę.

**Podpis: Dr: ..... Data:.....**

***POSZUKIWANY PRZEDSTAWICIEL W POLSCE. Poszukujemy przedstawiciela w Polsce, najlepiej lekarza, z dobrą znajomością angielskiego, który kierowałby pacjentów do Kliniki Wazektomii w Irlandii. Wynagrodzenie prowizyjne. Zapytania kierować do: Dr Andrew Rynne - [andrewrynn@eircom.net](mailto:andrewrynn@eircom.net) Dziękujemy.***