

Nazwisko i imię:
Data urodzenia:
Adres:
.....
Telefon kontaktowy:

Następujące oświadczenie proszę podpisać dopiero wtedy, gdy nie będą Państwo mieli żadnych pytań i wątpliwości.

Podpis proszę złożyć w obecności anestezjologa.

ZGODA NA ZNIECZULENIE

Ja, niżej podpisany(-a) wyrażam zgodę na wykonanie u mnie znieczulenia:

**(odpowiednie podkreślić)*

ogólnego przewodowego odcinkowego innego.....

Oświadczam, że miałem(-am) nieograniczoną możliwość zadawania pytań odnośnie znieczulenia oraz związanego z nim ryzyka i ewntualnych powikłań. Stwierdzam, że uzyskałem(-am) pełne oraz zrozumiałe dla mnie odpowiedzi. Wyrażam zgodę po podjęciu przemyślanej i samodzielnej decyzji.

Nie ukryłem(-am) żadnych informacji dotyczących mojego stanu zdrowia, przyjmowanych dotychczas leków oraz przebiegu dotychczasowego leczenia. Jestem świadomy(-a) wynikających z tego faktu konsekwencji zdrowotnych.

Oświadczam również, że w ciągu ostatnich sześciu godzin przed znieczuleniem nie przyjmowałem(-am) żadnych pokarmów ani w ciągu ostatnich pięciu godzin – płynów.

.....
data, godzina i czytelny podpis pacjenta

.....
data i podpis lekarza