

Nazwisko i imię dziecka:
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 DZIECKA DO 16 r.ż.

Ja, niżej podpisany/a wyrażam zgodę na wykonanie znieczulenia u mojego dziecka:
**(odpowiednie podkreślić)*

ogólnego przewodowego odcinkowego innego.....

Oświadczam, że jako rodzic/opiekun prawny 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 na znieczulenie mojego dziecka po podjęciu przemyślanej i samodzielnej decyzji.

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

Oświadczam również, że w ciągu ostatnich sześciu godzin przed znieczuleniem dziecka nie będzie ono przyjmowało żadnych pokarmów ani w ciągu ostatnich pięciu godzin – płynów.

.....

data, godzina i czytelny podpis
rodzica/opiekuna prawnego

.....

data i podpis lekarza