

ZGODA NA ZNIECZULENIE

Imię i nazwisko pacjenta:

Nr PESEL pacjenta:

Wiek:

Proponowany rodzaj znieczulenia (wypełnia lekarz):

- ☐ Znieczulenie przewodowe
- ☐ Znieczulenie nasiękowe
- ☐ Znieczulenie śródwężadłowe

.....

OŚWIADCZAM, ŻE:

1. Zostały mi udzielone podstawowe informacje dotyczące:
 - różnych metod znieczulenia do zabiegów;
 - sposobu przygotowania się do znieczulenia;
 - przebiegu znieczulenia;
 - możliwych powikłań;
 - możliwych następstw ewentualnej rezygnacji z proponowanej metody znieczulenia.
2. Udzielone mi informacje, w szczególności związane z ryzykiem i możliwością wystąpienia powikłań, są dla mnie zrozumiałe i nie budzą żadnych wątpliwości.
3. Miałam(-em) możliwość zadawania pytań dotyczących ww. informacji i z prawa tego skorzystałam(-em) – uzyskałam(-em) odpowiedzi, które są dla mnie zrozumiałe i jasne.
4. Nie zataiłam(-em) i nie pominęłam(-ąłem) istotnych informacji o moim stanie zdrowia – mam świadomość, że zatajenie takich informacji może spowodować negatywne konsekwencje w zakresie mojego zdrowia.
5. Wyrażam zgodę na wykonanie rekomendowanego u mnie ww. sposobu znieczulenia.

.....

czytelny podpis pacjenta, data

.....

czytelny podpis pacjenta, który ukończył 16 lat, data