

Zgoda pacjenta na wykonanie znieczulenia

Imię i nazwisko
Nr PESEL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Rozpoznanie

ZABIEG OPERACYJNY / METODA DIAGNOSTYCZNA O PODWYŻSZONYM RYZYKU

Rodzaj zabiegu / metoda diagnostyczna o podwyższonym stopniu ryzyka
Lekarz przeprowadający
Planowana data wykonania

PLANOWANY RODZAJ ZNIECZULENIA

<input type="checkbox"/> ogólne	<input type="checkbox"/> przewodowe	<input type="checkbox"/> odcinkowe	<input type="checkbox"/> inne	<input type="text"/>
Przebieg postępowania anestezyjologicznego				
Możliwe zmiany lub rozszerzenia postępowania anestezyjologicznego				
Możliwe powikłania				
Inne istotne kwestie				

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Niniejszym oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a przez lekarza o proponowanym rodzaju znieczulenia, sposobie jego przeprowadzenia i możliwych powikłaniach, a także, że udzielone mi przez lekarza informacje były dla mnie zrozumiałe. Jednocześnie podaję, że miałem/am możliwość zadawania pytań dotyczących znieczulenia, a do udzielonych mi odpowiedzi, pouczeń i zakazanych wyjaśnień nie mam żadnych pytań.

Udzielam zgody na przeprowadzenie zaproponowanego znieczulenia do planowanego zabiegu operacyjnego / diagnostycznego, spółce REHASPORT CLINIC Sp. z o. o. w Poznaniu oraz prowadzonemu przez tę spółkę NZOZ REHASPORT CLINIC w Poznaniu, a także lekarzom zatrudnionym i współpracującym z w/w spółką/zakładem. Zgadzam się również na dokonanie stosownych zmian lub rozszerzeń postępowania anestezyjologicznego w sytuacji medycznie uzasadnionej.

Imię i nazwisko Pacjenta	Miejscowość i data	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Podpis Pacjenta	Podpis opiekuna prawnego	Pieczętka i podpis lekarza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>