



Imię i nazwisko, wiek

termin zabiegu

Rodzaj zabiegu:

Uwagi lekarza:

DATA

PODPIS I PIECZĄTKA LEKARZA

### ZGODA NA WYKONANIE ZNIECZULENIA

Podpisywana w czasie wizyty u lekarza anestezjologa

Oświadczam, że lekarz \_\_\_\_\_

przeprowadził / -ła ze mną rozmowę wyjaśniającą problem znieczulenia do zabiegu. W czasie rozmowy tej mogłam/-łam zapytać o wszystkie interesujące mnie problemy dotyczące rodzaju znieczulenia, związanego z nim ryzyka oraz innych okoliczności przed i pooperacyjnych. Nie mam więcej pytań. Rozumiem na czym polega znieczulenie, któremu będę poddana/-y.

Oświadczam również, że przeczytałam/ -łam cały tekst zawarty w niniejszym formularzu i akceptuję ryzyko wybranego znieczulenia. Rozumiem treści w nim zawarte.

Wyrażam zgodę na wykonanie u mnie (odpowiednie podkreślić):

- - znieczulenia ogólnego
- - znieczulenia podpajęczynówkowego
- - znieczulenia zewnątrzoponowego
- - blokady splotu ramiennego / odcinka dożylnego

Wyrażam również zgodę na towarzyszące znieczuleniu postępowanie (infuzje, transfuzje, leczenie krążeniowo – oddechowe, pobieranie krwi do badań) w czasie i po zabiegu. Zgadzam się na uzasadnione medycznie zmiany lub rozszerzenia postępowania anestezjologicznego – w tym zmianę rodzaju znieczulenia.

DATA

CZYTELNY PODPIS PACJENTA