



Zgoda na wykonanie zabiegu endoskopowego

.....
(imię nazwisko pacjenta)

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o celu proponowanego zabiegu, spodziewanych wynikach oraz o ryzyku najczęstszych powikłań z nim związanych. Zrozumiałem/am wyjaśnienia lekarza dotyczące proponowanego postępowania i nie mam więcej pytań.

Wyrażam świadomą zgodę na wykonanie:

.....
(rodzaj zabiegu)

Jak również na ewentualne konieczne w tym przypadku dodatkowe postępowanie medyczne wynikające ze wskazań medycznych. W sytuacji uzasadnionej medycznie zgadzam się na zmianę postępowania diagnostycznego/lecniczego i ewentualne leczenie operacyjne.

Wyrażam również zgodę na zastosowanie znieczulenia miejscowego lub głębokiego uspokojenia w celu przeprowadzenia badania endoskopowego.

Zostałem/am również poinformowany/a, że bezpośrednio po wykonaniu zabiegu nie powinienem/powinnam prowadzić pojazdów mechanicznych i zalecana jest opieka drugiej, dorosłej osoby.

.....
*data i czytelny podpis
pacjenta/ opiekuna ustawowego*