



## ZGODA NA ZNIECZULENIE KRÓTKOTRWAŁE/SEDOANALGAZJĘ

W ramach projektu: „Popularyzacja badań kolonoskopowych i podniesienie świadomości w zakresie profilaktyki raka jelita grubego wśród mieszkańców powiatu nowotarskiego przez Podhalański Szpital Specjalistyczny w Nowym Targu”

Imię i nazwisko pacjenta: .....

PESEL

Po rozmowie z anestezyjologiem .....

### Wyrażam zgodę na znieczulenie/sedoanalgezję do zabiegu:

.....  
.....

Zostałem poinformowany/a o rodzaju znieczulenia, sposobie jego przeprowadzenia, przeciwwskazaniach, wszelkich dających się przewidzieć następstwach i powikłaniach oraz postępowaniu po znieczuleniu.

Przed rozpoczęciem znieczulenia udzieliłem/am pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania zadane przez lekarza anestezyjologa, dotyczących stanu mojego zdrowia, przebytych chorób, zabiegów operacyjnych i znieczuleń, zażywanych leków, znanych mi alergii oraz czasie spożywania posiłków.

W trakcie rozmowy z lekarzem anestezyjologiem miałem/am możliwość uzyskać odpowiedzi na zadane pytania i wątpliwości, dotyczące proponowanego znieczulenia/sedoanalgezji przy wykonanym zabiegu/procedurze diagnostycznej.

Jednocześnie wyrażam zgodę na towarzyszące znieczuleniu procedury” założenie niezbędnych wkłuc dożylnych, infuzji płynów czy podawania dodatkowych leków.

Uwagi:

.....  
.....  
.....

Nowy Targ, dnia .....

.....  
Podpis i pieczęć lekarza

.....  
Podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego pacjenta

Zabierz ze sobą na badanie

Zabierz ze sobą na badanie