

imię i nazwisko pacjenta

wiek

nr historii choroby

rodzaj zabiegu

ASA

pieczętka i podpis lekarza

## **ZGODA NA WYKONANIE ZNIECZULENIA**

**podpisywana w czasie wizyty lekarza anestezjologa**

Oświadczam, że lekarz \_\_\_\_\_ przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą problem znieczulenia do zabiegu.

W trakcie rozmowy zostały wyjaśnione wszystkie wątpliwości dotyczące: rodzaju znieczulenia, ryzyka znieczulenia, postępowania przed i pooperacyjnego. Zostałem/am poinformowany/a o możliwych powikłaniach dotyczących znieczulenia \_\_\_\_\_

Oświadczam, że przeczytałem/am tekst informujący o znieczuleniu, oraz że informacje zawarte w ankiecie anestezyjologicznej są zgodne z prawdą i nie zostały zatajone żadne istotne informacje mogące mieć wpływ na przebieg znieczulenia oraz okres pooperacyjny.

Akceptuję ryzyko wybranego znieczulenia.

Wyrażam zgodę na wykonanie u mnie:

- znieczulenia ogólnego
- znieczulenia krótkotrwałego dożylnego
- znieczulenia podpajęczynówkowego
- znieczulenia zewnątrzoponowego
- blokady splotu ramiennego/odcinkowego dożylnego
- inne: \_\_\_\_\_

data

czytelny podpis pacjenta