



Ośrodek Kardiologii Inwazyjnej IKARDIA SP. z o.o.

Nałęczów, dnia

24-140 Nałęczów, ul. Michała Górskiego 9, tel. +48815612470
REGON: 060116658 (I-000000020953)

IKARDIA Szpital Kardiologii Inwazyjnej w Nałęczowie (V-01)
Oddział Kardiologiczny / Oddział Intensywnego Nadzoru
Kardiologicznego (VII/VIII-002/4100)
24-140 Nałęczów, ul. Michała Górskiego 9, tel. +48815612470

ŚWIADOMA ZGODA NA ZNIECZULENIE

Imię i Nazwisko pacjenta :

PESEL :

Rodzaj znieczulenia : ogólne, przewodowe, miejscowe , inne

Ryzyko ASA

Rozpoznanie:

Rodzaj operacji:

Operator:

ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA ZNIECZULENIE

Poświadczam własnoręcznym podpisem, że w dniu
lekarz anestezjolog
przeprowadził ze mną rozmowę przedoperacyjną. Zostałem/am dokładnie poinformowany/a o proponowanym sposobie znieczulenia, potencjalnych ryzykach wynikających z mojego stanu zdrowia.

Mogłem/am zadać wszystkie pytania dotyczące sposobu znieczulenia, ryzyka związanego z jego zastosowaniem i ewentualnych powikłaniach.

Nie mam więcej pytań, czuję się dostatecznie poinformowany/ a.

Po gruntownym przemyśleniu, w pełni świadomie zgadzam się na proponowane mi znieczulenie:

Oświadczam także w pełni świadomie, że zgadzam się na towarzyszące operacji postępowanie w szczególności infuzje płynów, transfuzje krwi obcej i własnej, podawanie niezbędnych leków w czasie i po operacji.

Zgadzam się na uzasadnione medycznie zmiany lub rozszerzenia postępowania anestezjologicznego, w tym na zmianę rodzaju i zakresu znieczulenia.

Nie ukryłem / am żadnych informacji dotyczących mojego stanu zdrowia, przyjmowanych dotychczas leków, wyników badań oraz przebiegu dotychczasowego leczenia. Jestem świadomy / s wynikających z tego faktu konsekwencji zdrowotnych.

Uwagi pacjenta:

.....

.....

.....

Data, godzina

Czytelny podpis pacjenta

Podpis i pieczęć lekarza anestezjologa: