



SPZZLO Warszawa – Żoliborz

Zespół Lecznictwa Ambulatoryjnego Żoliborza Bielany i Łomianek - świadczenia komercyjne
01-637 Warszawa, ul. Szajnochy 8
KR 000000007158 Regon 000314098-00051, NIP 525-21-38-611

Przychodnia Klaudyny - Pracownia endoskopowa

01-684 Warszawa ul. Klaudyny 26B (V)28 (VII) 227(VIII)7910

tel. 22 833 00 00; endoskopia@spzzlo.pl

F-09 do KSM.P01
Wyd.01 z 01.01.2019r

ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA ZNIECZULENIE DO BADANIA KOLONOSKOPII / GASTROSKOPII POTWIERDZENIE UZYSKANIA INFORMACJI DOTYCZĄCYCH ZNIECZULENIA

Imię i Nazwisko Pacjenta składającego oświadczenie

Adres do korespondencji,

telefon

PESEL

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

1. Oświadczam, że zapoznałem się z pisemnymi informacjami wyjaśniającymi zagadnienie **znieczulenia** do czekającego mnie zabiegu kolonoskopii/gastroskopii. Zostałem dokładnie i zrozumiale poinformowany o sposobie znieczulenia. W czasie rozmowy z anestezyjologiem mogłem pytać o wszelkie interesujące mnie zagadnienia dotyczące znieczulenia, związanego z nim ryzyka oraz innych okoliczności przed i pooperacyjnych. Udzielono mi satysfakcjonujących odpowiedzi na wszystkie pytania. Wszystkie informacje są dla mnie w pełni zrozumiałe. Nie mam więcej pytań. Nie zgłaszam uwag do proponowanego znieczulenia.
2. Lekarz anestezyjolog dokonał badania mojego stanu zdrowia w zakresie wymaganym do bezpiecznego przeprowadzenia zaproponowanego znieczulenia.
3. Zapoznałem się z informacjami dotyczącymi możliwych komplikacji (powikłań) związanych ze znieczuleniem oraz udzieliłem zgodnych z prawdą informacji o moim stanie zdrowia w ankiecie anestezyjologicznej. Wyjaśniono mi, że nie można z góry przewidzieć reakcji mojego organizmu na znieczulenie. Zgodnie z obowiązującą Ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentysty z 5.12.1996 r., (Dz. U. z 2018 r., poz. 617 z późn. zm.) lekarz ma obowiązek poinformować pacjenta o dających się przewidzieć następstwach i powikłaniach planowanych czynności medycznych.

4. W związku z powyższym oświadczam, że wystąpienie negatywnych następstw i powikłań, których występowanie jest incydentalne i których nie da się przewidzieć w świetle aktualnej wiedzy medycznej nie będzie z mojej strony przedmiotem roszczeń, o ile nie wynikną one z niewłaściwego wykonania badania.
5. Przyjąłem do wiadomości zalecenia i instrukcje postępowania. Zobowiązuję się dokładnie przestrzegać przedstawionych mi zaleceń i instrukcji w celu zapewnienia bezpieczeństwa znieczulenia.
6. Udzieliłem prawdziwych i zgodnych ze swoją wiedzą, informacji o aktualnym stanie mojego zdrowia. Nie zataiłem świadomie żadnych informacji związanych ze stanem mojego zdrowia.
7. Poinformowano mnie, że zatajenie lub przekazanie nieprawdziwych informacji na temat stanu mojego zdrowia, przyjmowanych leków, przebytych urazów i zabiegów traktowane jest jako przyczynienie się pacjenta do powstania szkody w procesie leczenia.
8. Zgadzam się na uzasadnione medycznie zmiany lub rozszerzenie postępowania anestezyjologicznego w celu ratowania mojego życia, w tym leczenie komplikacji (powikłań) w przypadku ich wystąpienia.

WYRAŻAM ZGODĘ na wykonanie u mnie **znieczulenia do przeprowadzenia zabiegu kolonoskopii/gastroskopii.**

Rodzaj znieczulenia:

Ogólne

Sedacja

Wyrażam również zgodę na **postępowanie towarzyszące znieczuleniu przed, w czasie i po nim**. Postępowanie to może obejmować m.in.: wkłucia do żył, podawanie dożylnych płynów, leczenie wpływające na układ krążenia, leczenie wpływające na układ oddechowy.

TAK

NIE

_____ Data _____ Godz. _____

Czytelny podpis Pacjenta, imię i nazwisko

Lekarz konsultujący, podpis, nr PWZ