

## ZGODA NA ZNIECZULENIE

Ja niżej podpisany/a..... wyrażam zgodę na wykonanie u mnie znieczulenia (odpowiednie podkreślić)

**a) ogólnego    b) przewodowego    c) odcinkowego    d) innego.....**

Oświadczam, że miałem/am nieograniczoną możliwość zadawania pytań odnośnie znieczulenia oraz związanego z nim ryzyka i ewentualnych powikłań. Stwierdzam, że uzyskałem/am pełne oraz zrozumiałe dla mnie odpowiedzi, a moja decyzja jest świadoma i przemyślana.

Nie ukryłem/am żadnych informacji dotyczących mojego stanu zdrowia, przyjmowanych dotychczas leków oraz przebiegu dotychczasowego leczenia.

Oświadczam również, że w ciągu ostatnich sześciu godzin przed znieczuleniem nie przyjmowałem/am żadnych pokarmów ani płynów.

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Podpis pacjenta\*

\_\_\_\_\_  
Podpis lekarza

\*proszę złożyć w obecności lekarza