



KRAPKOWICKIE CENTRUM ZDROWIA Sp. z o.o.

Zgoda na badanie

☐ KOLONOSKOPIA

☐ GASTROSKOPIA

Imię i nazwisko pacjenta

Wykonujący badanie

Zostałem(-am) poinformowany(-a), że w/w badanie powinno być u mnie wykonane.

Przedstawiono mi ustnie i za pomocą schematów zasadę badania a także poinformowano mnie o celu badania, sposobie jego wykonania i wszelkich możliwych działaniach ubocznych oraz ryzyku i ewentualnych komplikacjach.

Wiadomo, że w trakcie wykonywania badania może zaistnieć potrzeba jego poszerzenia lub innych wcześniej nieplanowanych czynności.

Ogólnie zostały omówione ze mną problemy komplikacji wnikającej badanie tj. krwotoki, zaburzenia układu krążeniowo-oddechowego, uczulenia na podawane leki.

Wiadomo, że swoją zgodę mogę odwołać w każdej chwili

Wyrażam zgodę na wykonanie w/w badania, na pobranie w jego trakcie wycinków, ewentualne poszerzenie zabiegu oraz na niezbędne procedury, gdyby zaistniała sytuacja tego wymagała

Oświadczam, że nie jestem uczulony(-a) na niżej wymienione leki:

Krapkowice, dnia

.....
Podpis pacjenta

.....
Podpis pielęgniarki

.....
Podpis lekarza