

OŚWIADCZENIE PACJENTA W DNIU ZABIEGU

Ostatni posiłek spożyłem/-am o godz _____ , ostatnio piłem/-am o godz _____ .

Wiem, że w ciągu 24 godzin od znieczulenia nie mogę prowadzić pojazdów mechanicznych i obsługiwać urządzeń oraz podejmować ważnych decyzji.

W wymienionym okresie mam zapewnioną pełną opiekę i asekurację pełnoletniej osoby towarzyszącej, poinformowanej o moim zabiegu, znieczuleniu oraz sposobie opieki nade mną -

- jest to _____

Data i godzina

Podpis pacjenta / Przedstawiciela ustawowego pacjenta

OŚWIADCZENIE O ODBIORZE PACJENTA/-TKI PO WYKONANYM BADANIU W KRÓTKOTRWAŁYM ZNIECZULENIU OGÓLNYM PRZEZ OSOBĘ TOWARZYSZĄCĄ

Ja niżej podpisany(a) oświadczam, że przejmuję opiekę nad pacjentem:

.....
(imię i nazwisko pacjenta)

u którego wykonano badanie w krótkotrwałym znieczuleniu ogólnym dożylnym.

Wcześniej zapoznałem/-am się z wszystkimi informacjami o zabiegu i znieczuleniu, które otrzymał pacjent /-tka.

Zostałem /-am poinformowany o sposobach postępowania z osobą po znieczuleniu.

.....

Miejscowość, data, godzina i czytelny podpis (imię i nazwisko)