

Nazwisko i Imię .....

Data urodzenia .....

Adres .....

Telefon kontaktowy .....

Następujące oświadczenie proszę podpisać dopiero wtedy, gdy nie będą mieli Państwo żadnych pytań i wątpliwości.

Podpis proszę złożyć w obecności anestezjologa.

NZOZ **Szpital św. Łukasza** sp. z o.o.  
Bielsko-Biała, ul. Żółkiewskiego 40  
tel./fax 0 33 815 11 13  
fax 0 33 827 36 34

## ZGODA NA ZNIECZULENIE

**Ja, niżej podpisany/a wyrażam zgodę na wykonanie u mnie znieczulenia**

*(odpowiednie podkreślić)*

• **ogólnego**      • **przewodowego**      • **odcinkowego**      • **innego** .....

przez dr: ..... wraz z zespołem

do zabiegu: .....  
(rodzaj zabiegu, operacji)

Jednocześnie oświadczam, że miałem/am nie skrepowaną możliwość zadawania pytań dotyczących planowanego znieczulenia, związanego z nim ryzyka i możliwości wystąpienia powikłań oraz, że uzyskałem/am zrozumiałe dla mnie, wyczerpujące odpowiedzi. Zgodę wyrażam po podjęciu samodzielnej decyzji, na którą miałem/am wystarczającą ilość czasu.

Oświadczam także, że nie zataiłem/am żadnych istotnych informacji o moim stanie zdrowia, przebiegu dotychczasowego leczenia czy przyjmowanych leków, będąc świadomym/mą wynikających z tego faktu konsekwencji zdrowotnych.

Oświadczam ponadto, że w ciągu ostatnich 6 godzin przed znieczuleniem nie przyjmowałem/am żadnych pokarmów ani w ciągu ostatnich 4 godzin – płynów.

.....  
data, godzina i czytelny podpis pacjenta

.....  
data i podpis lekarza