



## OŚWIADCZENIE PACJENTA

### Świadoma zgoda na badanie kolonoskopowe

Nazwisko i imię chorego/chorej .....

Pesel .....

Stwierdzam, że przedstawiłem pacjentowi/pacjentce planowany sposób badania oraz poinformowałem o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub w wyniku badania.

Podpis i pieczęć lekarza wykonującego badanie .....

#### Oświadczenie pacjenta:

Oświadczam, że:

- zapoznałem się ze szczegółowym opisem badania, jego celowością i oczekiwanym wynikiem oraz potencjalnymi zagrożeniami mogącymi wystąpić w wyniku w/w badania i zgadzam się na proponowane badanie kolonoskopowe;
- w pełni zrozumiałem informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem;
- zgadzam się również na ewentualne zmodyfikowanie sposobu badania w niezbędnym zakresie (w tym m.in. o zabieg pobierania wycinków i zabieg polipektomii), jeżeli sytuacja by tego wymagała, zgodnie z zasadami wiedzy medycznej;
- stwierdzam, że uzyskałem/łam wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania i proszę o wykonanie proponowanego badania i ewentualnych zabiegów;
- wyrażam również zgodę na znieczulenie lub sedację dożylną jeżeli będą potrzebne do przeprowadzenia badania endoskopowego.

Skawina, dnia:

.....

.....

**Podpis badanego lub opiekuna**

**data**

Uwaga. Jeżeli zabieg endoskopowy wykonywany jest w warunkach ambulatoryjnych w znieczuleniu lub sedacji dożylniej, nie wolno prowadzić pojazdów mechanicznych w tym dniu i konieczna jest opieka drugiej osoby. Po zabiegu endoskopowym bez znieczulenia ogólnego niewskazane jest prowadzenie pojazdów mechanicznych bezpośrednio po jego wykonaniu.