

INFORMACJA I ZGODA PACJENTA
NA GASTROSKOPIĘ DIAGNOSTYCZNĄ LUB ZABIEGOWĄ (Z POBRANIEM WYCINKA)

Nazwisko i imię pacjenta:.....

W wyczerpujący sposób zostałem/am poinformowany/a o postawionym rozpoznaniu i proponowanym leczeniu.

Wyrażam zgodę na badanie, jednocześnie uzyskałem/am informacje o możliwych powikłaniach takich jak:

- przebicie ściany żołądka, przełyku, dwunastnicy
- krwawienie
- niedrożność
- zapalenie otrzewnej
- zaburzenie rytmu serca
- odma opłucnowa
- zakażenie WZW, HIV, TBC
- powikłania znieczulenia
- zachłystowe zapalenie płuc

- inne:

Przyjmuję do wiadomości, że przedstawione wyżej powikłania zdarzają się bardzo rzadko, najczęściej przebieg operacji oraz proces zdrowienia przebiega bez problemów.

Powyższe zrozumiałem/ am i wyrażam świadomą zgodę:

.....
podpis i pieczętka lekarza

.....
podpis pacjenta