

**INFORMACJA I ZGODA PACJENTA
ZE SCHORZENIAMI JELITA GRUBEGO
NA **KOLONOSKOPIĘ** DIAGNOSTYCZNĄ LUB OPERACYJNĄ**

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:

- krwawienie do przewodu pokarmowego
- uszkodzenie przewodu pokarmowego - perforacja
- konieczność rozszerzenia zabiegu

- inne:

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

UWAGA!

ZE WZGLĘDU NA DZIAŁANIE PODANYCH LEKÓW, PRZEZ OKOŁO 24h PO BADANIU PACJENT NIE POWINIEN PROWADZIĆ POJAZDÓW MECHANICZNYCH, WYKONYWAĆ PRAC NA WYSOKOŚCIACH (LUB PRZY UŻYCIU ELEKTRONARZĘDZI), POZOSTAWAĆ BEZ OPIEKI OSOBY DOROSŁEJ ORAZ PODEJMOWAĆ WAŻNYCH ŻYCIOWO DECYZJI, ZWŁASZCZA O SKUTKACH FINANSOWYCH CZY PRAWNYCH!

Powyższe zrozumiałem/ am i wyrażam świadomą zgodę:

.....
podpis i pieczęć lekarza

.....
podpis pacjenta