

Informovaný súhlas

Bol(a) som oboznámená s priebehom anestézie a možnými rizikami a komplikáciami, ku ktorým môže dôjsť počas výkonu alebo po ňom.

Zaväzujem sa pri plnom vedomí, že budem sa riadiť poučením, ktoré som si prečítal(a) pred anestéziou.

Centrum jednodňovej chirurgie opustím po anestézií len v sprievode dospeljej osoby. Beriem na vedomie, že 24 hodín po anestézii nesmiem viesť motorové vozidlo.

V prípade vyskytnutia komplikácií do 24 hodín po operácií budem mať možnosť telefonického kontaktu s určeným lekárom. Pri nedodržaní týchto podmienok anestéziológ sa vzdáva zodpovednosti za vzniknuté možné komplikácie nevhodným konaním pacienta/pacientky.

Dátum:

Podpis pacienta:

Rodné č.:
