



Dom Medyczny „Otomińska Pracownia Endoskopii  
80-178 Gdańsk, ul. Otomińska 15C  
tel. 58 763 94 34

## ŚWIADOMA ZGODA NA BADANIE KOLONOSKOPOWE

**Pacjent/ka:** Nazwisko: , Imię:

Pesel:  lub\*

*seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość*

Oświadczam, że przeczytałem/am załączoną informację o badaniu i rozumiem, że pomimo przeprowadzenia badania technikami zgodnymi z zasadami sztuki lekarskiej, istnieje ryzyko powikłań, w tym perforacji jelita (przebicia ściany), które wymaga leczenia operacyjnego i może zagrażać życiu. Miałem/am. możliwość zadawania pytań na temat badania/zabiegu i otrzymałem/am. wyczerpujące odpowiedzi.

**Wyrażam zgodę na kolonoskopię i (w razie potrzeby) pobranie wycinków i usunięcie polipów.**

Data:

*dd-mm-rrrr*

.....  
*czytelny podpis pacjenta / prawnego opiekuna \*\**

.....  
*pieczętka i podpis lekarza*

## ŚWIADOMA ZGODA NA ZNIECZULENIE DO BADANIA KOLONOSKOPOWEGO

Oświadczam, że przeczytałem/am załączoną informację o znieczuleniu dożylnym ogólnym i rozumiem, że pomimo przeprowadzenia znieczulenia technikami zgodnymi z zasadami sztuki lekarskiej, istnieje ryzyko powikłań, w tym zagrażających życiu. Miałem/am możliwość zadawania pytań na temat znieczulenia i otrzymałem/am wyczerpujące odpowiedzi.

**Proszę wstawić znak „X” W polu z wybraną odpowiedzią.**

Wyrażam zgodę na znieczulenie dożylnie ogólne  Nie wyrażam zgody

Data:

*dd-mm-rrrr*

.....  
*czytelny podpis pacjenta / prawnego opiekuna \*\**

.....  
*pieczętka i podpis lekarza*

\* wypełnić gdy numer Pesel nie został nadany

\*\* niepotrzebne skreślić

NCM/gas.kol.26/07.05.2019