

Specjalistyczna Praktyka Lekarska dr n. med. Dawid Borowik

telefon : 0 502 768 981
e-mail: dawidborowik@gmail.com



KARTA INFORMACYJNA

DLA PACJENTÓW PRZED ZNIECZULENIEM

Szanowny(a) Panie, Pani

Otrzymał Pan(i) skierowanie do leczenia w gabinecie stomatologicznym.

Lekarz Anestezjolog uprzejmie prosi o przyniesienie następujących dokumentów do wglądu:

- Karty wypisowe z pobytów w szpitalu, informacja o uczuleniach.
- Badania laboratoryjne nie starsze niż 6 miesięcy. EKG nie starsze niż 6 miesięcy - tylko u pacjentów z wywiadem chorobowym lub powyżej 50 roku życia.
- Lista zażywanych leków.
- Wypełniona ankieta chorobowa, z tyłu karty informacyjnej.

Bardzo ważne!!!	W dniu znieczulenia proszę: <ul style="list-style-type: none">- przyjść do gabinetu z osoba towarzyszącą,- przyjść na czczo, 6 godzin przed znieczuleniem nic nie jeść, 4 h nie pić,- nie palić papierosów, nie żuć gumy,- przyjść bez biżuterii, makijażu, lakieru na paznokciach.
------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Przed znieczuleniem zostanie założony dostęp dożylny - wenflon i przez niego podawane będą leki. Lekarz anestezjolog będzie stale obecny podczas zabiegu i będzie nadzorował przebieg znieczulenia, dbając o bezpieczeństwo pacjenta. Po znieczuleniu w ciągu 12 godzin nie można podejmować ważnych decyzji, prowadzić pojazdy mechaniczne i obsługiwać urządzeń, podpisywać umowy i zobowiązania. W tym czasie pacjent musi mieć zapewnioną opiekę innej bliskiej osoby.

UMOWA

Pomiędzy: Dawid Borowik, adres j/w, zwanym dalej „lekarzem anestezjologiem”

a

Dane pacjenta:

1. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie u mnie znieczulenia ogólnego dożylnego i na wszelkie czynności anestezjologiczne konieczne w okresie przed- i po znieczuleniu jak również na zabiegi towarzyszące znieczuleniu. Po znieczuleniu mam zapewnioną opiekę osoby pełnoletniej.
2. Oświadczam, że:
 - Zrozumiałem istotę powyższego znieczulenia,
 - Zostałem poinformowany o jego wadach, zaletach oraz o możliwych, dających się przewidzieć powikłaniach i następstwach z nim związanych.
 - Ostatni posiłek stały spożyłem o godzinie, ostatnio piłem(am) o
3. Wszelkie wątpliwości zostały mi wyjaśnione. Miałem(am) także możliwość zadania w czasie rozmowy z lekarzem anestezjologiem wykonującym znieczulenie pytań na temat planowanego znieczulenia.
4. Przyjmuję do wiadomości i wyrażam zgodę na to, że jeżeli w czasie zabiegu zaistnieją niespodziewane okoliczności, rodzaj i sposób znieczulenia może być zmieniony na inny ze względu na moje dobro.
5. Tekst powyższy przeczytałem(am) (został mi przeczytany) i zrozumiałem. Pytań ani wątpliwości nie mam.

Data:.....

Podpis pacjenta:.....

Podpis lekarza:.....
