

Informovaný súhlas

Bol(a) som oboznámený(á) s priebehom anestézie a možnými rizikami a komplikáciami, ku ktorým môže dôjsť počas výkonu alebo po ňom. Zaväzujem sa, že sa budem riadiť poučením, ktoré som si prečítal(a) pred anestéziou pri plnom vedomí a ktoré mi poskytol personál anestéziologickej ambulancie.

Kliniku jednodňovej chirurgie opustím po anestézii len v sprievode dospeljej osoby autom. Beriem na vedomie, že 24 hodín po anestézii nesmiem viesť motorové vozidlo a 24 hodín po operácii budem mať možnosť telefonického kontaktu s určeným lekárom v prípade vyskytnutia sa komplikácií.

Pri nedodržaní týchto podmienok nemôže anestéziológ prevziať zodpovednosť za komplikácie vzniknuté nevhodným konaním pacienta(tky).

Dátum:

Podpis pacienta: