
OŚWIADCZENIE OSOBY ODBIERAJĄCEJ PACJENTA PO BADANIU ENDOSKOPOWYM W ZNIECZULENIU

Ja, niżej podpisany/a:

Imię i nazwisko:

Numer dowodu osobistego / innego dokumentu tożsamości:

Telefon kontaktowy:

oświadczam, że w dniu dzisiejszym zobowiązuję się do odebrania pacjenta:

Imię i nazwisko pacjenta:

Data urodzenia pacjenta:

po przeprowadzonym badaniu endoskopowym w znieczuleniu ogólnym / sedacji.

Przyjmuję do wiadomości, że po zastosowanym znieczuleniu pacjent może być czasowo niezdolny do samodzielnego i bezpiecznego poruszania się, prowadzenia pojazdów mechanicznych oraz podejmowania ważnych decyzji. Zobowiązuję się do zapewnienia pacjentowi opieki oraz bezpiecznego transportu do miejsca zamieszkania.

Rozumiem również, że pacjent nie powinien pozostawać sam przez co najmniej 12–24 godziny po badaniu przeprowadzonym w znieczuleniu.

Czytelny podpis osoby odbierającej:

.....

Podpis personelu medycznego (przyjmującego oświadczenie):