

OŚWIADCZENIE PACJENTA LUB OPIEKUNA PRAWNEGO (MATKI LUB OJCA)
ZGODA NA WYKONANIE ZABIEGU STOMATOLOGICZNEGO W ZNIECZULENIU OGÓLNYM

Imię i nazwisko pacjenta

Oświadczam, że zapoznałem się z „Informacją dla pacjenta i rodziców/opiekuna prawnego dziecka przed zabiegiem stomatologicznym w znieczuleniu ogólnym”. Zrozumiałem jej treść i będę przestrzegać zawartych w niej zaleceń. Jestem poinformowany o możliwości powikłań związanych z zabiegiem i znieczuleniem w warunkach ambulatoryjnych. Na zadane przeze mnie pytania uzyskałem w pełni zrozumiałe wyjaśnienia.

Wyrażam zgodę na wykonanie zabiegu stomatologicznego w znieczuleniu ogólnym w warunkach ambulatoryjnych. Zgadzam się na towarzyszące postępowanie: badanie czasu krwawienia, wkłucie do żyły, przetaczanie dożylnie płynu, dożylnie podanie antybiotyku, znieczulenie miejscowe i inne konieczne leczenie przed, w czasie i po zabiegu.

Wyrażam zgodę na usunięcie zębów, które zdaniem stomatologa wykonującego zabieg, nie kwalifikują się do leczenia zachowawczego, a także na wykonanie innych procedur stomatologicznych, których konieczność zaistnieje podczas zabiegu.

Oświadczam, że dziecko nie jadło od godziny i nie piło od godziny

Podpis pacjenta albo opiekuna prawnego (matki lub ojca)

Data