

ZGODA NA BADANIE FIBEROSKOPII

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Telefon kontaktowy:

Zostałem/-am poinformowany/-a, że proponowane świadczenie polega na wykonaniu fiberoskopii (badania endoskopowego z użyciem giętkiego fiberoskopu) w obrębie górnych dróg oddechowych – nosa, nosogardła, gardła i krtani.

Badanie wykonywane jest w warunkach ambulatoryjnych, w znieczuleniu miejscowym (jeżeli wskazane), przez lekarza posiadającego odpowiednie kwalifikacje.

Zostałem/-am poinformowany/-a o możliwych następstwach i ryzyku, w szczególności:

- ☐ dyskomfort, odruch wymiotny,
- ☐ podrażnienie błony śluzowej,
- ☐ krwawienie z nosa,
- ☐ kaszel, przejściowa chrypka,
- ☐ reakcja alergiczna na środek znieczulający,
- ☐ bardzo rzadko: uraz błony śluzowej, omdlenie wazowagalne.

Poinformowano mnie również o możliwości wystąpienia powikłań rzadkich i trudnych do przewidzenia.

1. Oświadczam, że świadczenie realizowane jest odpłatnie zgodnie z obowiązującym cennikiem placówki.
2. Zostałem/-am poinformowany/-a o wysokości opłaty i akceptuję jej poniesienie.
3. Przyjmuję do wiadomości, że wynik badania może stanowić podstawę do zaproponowania dalszej diagnostyki lub leczenia (odrębnie płatnych).

Oświadczam, że:

- ☐ otrzymałem/-am przystępną informację zgodnie z art. 9 ustawy o prawach pacjenta,
- ☐ miałem/-am możliwość zadawania pytań i uzyskałem/-am wyczerpujące odpowiedzi,
- ☐ rozumiem, że mogę cofnąć zgodę przed rozpoczęciem badania,
- ☐ wyrażam dobrowolną i świadomą zgodę na wykonanie fiberoskopii.
- ☐ wyrażam dobrowolną i świadomą zgodę na wykonanie fiberoskopii.

.....
Imię i nazwisko pacjenta

.....
data

.....
podpis