



ZGODA NA BADANIE FIBEROSKOPII (DZIECKO)

Dane dziecka

Imie i nazwisko:

PESEL:

Dane przedstawiciela ustawowego (rodzica / opiekuna prawnego):

Imie i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Telefon kontaktowy:

Zostałem/-am poinformowany/-a, że u dziecka zostanie wykonana fiberoskopia – badanie endoskopowe górnych dróg oddechowych w warunkach ambulatoryjnych.

W razie medycznej konieczności możliwe jest zastosowanie znieczulenia miejscowego.

Poinformowano mnie o możliwych następstwach, w szczególności:

- ☐ dyskomfort, niepokój dziecka,
- ☐ krwawienie z nosa,
- ☐ podrażnienie błony śluzówki,
- ☐ bardzo rzadko: uraz błony śluzowej.

Działając jako przedstawiciel ustawowy dziecka, na podstawie art. 16–17 ustawy o prawach pacjenta:

Oświadczam, że:

- ☐ wyrażam dobrowolną zgodę na wykonanie badania,
- ☐ oświadczam, że uzyskałem/-am pełną informację o stanie zdrowia dziecka i proponowanym badaniu,
- ☐ zostałem/-am poinformowany/-a o odpłatnym charakterze świadczenia i akceptuję jego koszt zgodnie z cennikiem placówki.

.....
Data

.....
Podpis przedstawiciela ustawowego