



ZGODA NA WYKONANIE BADANIA SPIROMETRII (OSOBA DOROSŁA)

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL:

Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a o celu i przebiegu badania spirometrycznego (spirometrii), które służy ocenie czynności układu oddechowego, w tym m.in. w diagnostyce astmy, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc oraz innych chorób układu oddechowego.

Zostałem/-am poinformowany/-a, że badanie polega na wykonywaniu nasilonych wdechów i wydechów do aparatu pomiarowego zgodnie z instrukcją personelu medycznego. Poinformowano mnie o możliwych, przejściowych dolegliwościach związanych z badaniem, takich jak:

- ☐ zawroty głowy,
- ☐ kaszel,
- ☐ uczucie duszności,
- ☐ zmęczenie.

Oświadczam, że:

☐ nie mam przeciwwskazań do wykonania badania

☐ zgłaszałem/-am personelowi medycznemu wszystkie istotne informacje dotyczące mojego stanu zdrowia (np. niedawny zawał serca, operacje klatki piersiowej / jamy brzusznej, tętniaki, krwiotłucie, odma opłucnowa, infekcja dróg oddechowych)

Wyrażam świadomą i dobrowolną zgodę na wykonanie badania spirometrii.

.....

Imię i nazwisko pacjenta

.....

data

.....

podpis