



ZGODA NA WYKONANIE BADANIA
SPIROMETRII (DZIECKO)

Dane dziecka

Imie i nazwisko:

PESEL:

Dane przedstawiciela ustawowego (rodzica / opiekuna prawnego):

Imie i nazwisko:

PESEL:

Telefon kontaktowy:

Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a o celu i przebiegu badania spirometrycznego u dziecka, 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 przekazałem/-am wszystkie istotne informacje dotyczące stanu zdrowia dziecka, w szczególności:

- ☐ niedawne operacje,
- ☐ choroby serca,
- ☐ przebyte odmy opłucnowe,
- ☐ krwiopłucie,
- ☐ ostre infekcje dróg oddechowych.

Wyrażam świadomą i dobrowolną zgodę na wykonanie badania spirometrii u mojego dziecka.

.....

Data

.....

Podpis przedstawiciela ustawowego