

## ŚWIADOMA ZGODA NA ZABIEG MEDYCZNY GASTROSKOPIA

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data zabiegu

				-															
--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

WYRAŻAM ŚWIADOMĄ ZGODĘ na wykonanie u mnie gastrokopii.

Zgadzam się / nie zgadzam się\* (niewłaściwe skreślić) na pobranie materiału celem wykonania badania histopatologicznego oraz ewentualne poszerzenie zabiegu i wykonanie innych niezbędnych procedur medycznych.

Zostałem/-łam poinformowany/-a o:

- wskazaniach do wykonania badania;
- celu badania;
- sposobie i terminie wykonania badania;
- przygotowaniu do badania;
- możliwych powikłaniach badania, najistotniejsze z nich to:
  - mechaniczne uszkodzenie gardła, przełyku, żołądka;
  - krwawienie z górnego odcinka przewodu pokarmowego;
  - aspiracja treści żołądkowej do układu oddechowego;
  - uczulenie na leki;
  - zaburzenia kardiologiczne
  - wymioty.

Zgoda na badanie wyrażona przez chorego może być w każdej chwili odwołana.

Zapoznałem/-łam się z powyższymi informacjami i rozumiem ich treść

.....  
(czytelny podpis i pieczętka lekarza)

.....  
(czytelny podpis pacjenta)