

nowy
54
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
Ul. Szpitalna 2, 64-600 Oborniki

ENDOSKOPIA

Oświadczenie pacjenta przed badaniem

Imię i Nazwisko
PESEL.....
Adres zamieszkania.....
Numer telefonu.....
Rodzaj badania.....

WŁAŚCIWA ODPOWIEDŹ PROSZĘ OZNACZYĆ KÓŁKIEM

1. Czy istnieje u Pani/ Pana zwiększona skłonność do krwawień ?
.....TAK/ NIE
2. Czy stosuje Pani/ Pan leki wpływające na krzepliwość krwi? Jeśli tak to
jakie.....TAK/ NIE
.....
3. Czy występowały u Pani/ Pana objawy uczulenia na środki lecznicze? Jeśli tak to
jakie.....TAK/ NIE
.....
4. Czy nosi Pani/ Pan wymienione przedmioty- rozrusznik serca, sztuczna zastawka
proteza zębowa.....TAK/ NIE
5. Proszę wymienić przebyte zabiegi operacyjne, choroby (jakie oraz
kiedy).....TAK/ NIE
.....
6. Czy jest Pani w ciąży ?.....TAK/ NIE

Oświadczam, że zrozumiałam/em całą treść tego formularza i wyrażam zgodę na wykonanie badania, jak również na konieczne w tym przypadku dodatkowe zabiegi.

.....
Data i podpis pacjenta

Wypełniony formularz oraz dokumenty z przebytych operacji i chorób proszę zabrać i okazać w dniu badania.

W razie rezygnacji z badania proszę o zgłoszenie do rejestracji. Nr tel. 61 297 3686