

DENTAL CLINIC POZNAŃ NARKOZA DENTYSTYCZNA

Imię i nazwisko.....

PESEL/Data urodzenia:.....

Zalecenia przed wykonaniem zabiegu, jeżeli lekarz nie zaleci inaczej, jest bardzo ważne, aby Pacjent:

- **był na czczo**, czyli nie wolno spożywać pokarmów oraz płynów minimum 6- 8 godzin przed zabiegiem.
- leki dotychczasowe można przyjąć zgodnie z zaleceniem przedoperacyjnym lekarza
- należy usunąć soczewki kontaktowe, **biżuterię, makijaż oraz lakier do paznokci.**

ZALECENIA POZABIEGOWE

WAŻNE, ABY PACJENT PO ZABIEGU, W DRODZE DO DOMU BYŁ POD OPIEKĄ OSOBY TOWARZYSZĄCEJ (PEŁNOLETNIEJ)

- **Nie wolno** prowadzić samochodu przez co najmniej 24 godziny po zabiegu!
- **Nie należy** obsługiwać skomplikowanych urządzeń mechanicznych przez co najmniej 24 godziny po zabiegu
- Nie powinno się podejmować żadnych ważnych decyzji (w tym podpisywać żadnych dokumentów) w dniu zabiegu, ani w czasie kiedy podawane są Państwu leki, mogące wpływać na ocenę rzeczywistości
- **Nie wolno** spożywać alkoholu przez co najmniej 24 godziny od zabiegu.

VIII. Oświadczenie pacjenta

- 1) Oświadczam, iż zapoznałem/łam* się i zrozumiałem/łam* treść niniejszego formularza oraz zostałem/łam* poinformowany/na* o proponowanym rodzaju znieczulenia.
- 2) Oświadczam, iż miałem/łam* możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego znieczulenia i otrzymałem/łam* na nie wyczerpujące i w pełni dla mnie zrozumiałe odpowiedzi. Wyjaśnienia lekarza zrozumiałem/łam* i nie mam więcej pytań.
- 3) Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania **nie zatailem/łam* istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia, badań, oraz przebytych chorób, a także przyjmowanych leków oraz nadwrażliwości na substancje wchodzące w skład leków** jakie mogą zostać mi podane w związku z zastosowaniem proponowanego sposobu znieczulenia.

.....

DATA I PODPIS PACJENTA