

OŚWIADCZENIE

o odbiorze osoby po wykonanym badaniu
endoskopowym w znieczuleniu ogólnym

Ja niżej podpisany(a) oświadczam, że przejmuję opiekę nad pacjentem(ką), u którego(ej) wykonano badanie kolonoskopii/gastroskopii w znieczuleniu ogólnym. Zostałem(am) poinformowany(a) o konieczności przebywania w poczekalni placówki w trakcie trwania badania.

Nazwisko i imię pacjenta(ki) u którego(ej) będzie wykonywany zabieg endoskopowy w znieczuleniu ogólnym:

Imię i nazwisko pacjenta(ki)

Nazwisko i imię osoby przejmującej opiekę nad pacjentem(ką) u którego(ej) będzie wykonywany zabieg endoskopowy w znieczuleniu ogólnym:

Imię i nazwisko

PESEL

Data i czytelny podpis osoby przejmującej opiekę nad pacjentem(ką)