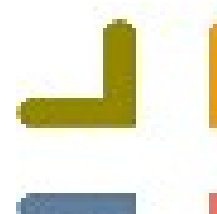


Specjalistyczna Praktyka Lekarska dr Dawid Borowik

telefon : 0 502 768 981

e-mail: dawidborowik@gmail.com



KARTA INFORMACYJNA

DLA PACJENTÓW PRZED ZNIECZULENIEM

Szanowny(a) Panie, Pani
Otrzymał Pan(i) skierowanie do leczenia w gabinecie stomatologicznym.

Lekarz Anestezjolog uprzejmie prosi o przyniesienie następujących dokumentów do wglądu:

- Karty wypisowe z pobytów w szpitalu, informacja o uczuleniach.
- Wypełniona ankieta chorobowa, z tyłu karty informacyjnej.

Bardzo ważne !!!	W dniu znieczulenia proszę: - przyjść do gabinetu z osobą towarzyszącą, - przyjść na czczo, 6 godzin przed znieczuleniem nic nie jeść, 4 h nie pić, - nie palić papierosów, nie żuć gumy, - przyjść bez biżuterii, makijażu, lakieru na paznokciach.
-------------------------	---

Przed znieczuleniem zostanie założony dostęp dożylny - wenflon i przez niego podawane będą leki. Lekarz anestezjolog jest stale obecny podczas zabiegu i będzie nadzorował przebieg znieczulenia, dbając o bezpieczeństwo pacjenta. Po znieczuleniu w ciągu 12 godzin nie można podejmować ważnych decyzji, prowadzić pojazdy mechaniczne i obsługiwać urządzeń, podpisywać umów i zobowiązań. W tym czasie pacjent musi mieć zapewnioną opiekę innej bliskiej osoby.

UMOWA

Pomiędzy: Dawid Borowik, adres j/w, zwanym dalej „lekarzem anestezjologiem”

a

Dane pacjenta:

1. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie u mnie znieczulenia ogólnego dożylnego i na wszelkie czynności anestezjologiczne konieczne w okresie przed- i po znieczuleniu jak również na zabiegi towarzyszące znieczuleniu. Po znieczuleniu mam zapewnioną opiekę osoby pełnoletniej.
2. Oświadczam, że:
 - Zrozumiałem istotę powyższego znieczulenia,
 - Zostałem poinformowany o jego wadach, zaletach oraz o możliwych, dających się przewidzieć powikłaniach i następstwach z nim związanych.
 - Ostatni posiłek stały spożyłem o godzinie, ostatnio piłem(am) o
3. Wszelkie wątpliwości zostały mi wyjaśnione. Miałem(am) także możliwość zadania w czasie rozmowy z lekarzem anestezjologiem wykonującym znieczulenie pytań na temat planowanego znieczulenia.
4. Przyjmuję do wiadomości i wyrażam zgodę na to, że jeżeli w czasie zabiegu zaistnieją niespodziewane okoliczności, rodzaj i sposób znieczulenia może być zmieniony na inny ze względu na moje dobro.
5. Tekst powyższy przeczytałem(am) (został mi przeczytany) i zrozumiałem. Pytań ani wątpliwości nie mam.

Data i podpis pacjenta:.....

Podpis lekarza:

Klauzula RODO:

1. Oświadczam, że stosownie do art.24 Ustawy o Ochronie Danych Osobowych wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Specjalistyczna Praktyka Lekarska SPL ZID Dawid Borowik w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia świadczenia medycznego.
2. W związku z przetwarzaniem danych osobowych i swobodnego przepływu takich danych upoważniam poniżej wskazaną przeze mnie osobę do uzyskania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.
3. Dane osobowe Pacjenta będą przetwarzane w celu realizacji świadczeń zdrowotnych na rzecz Pacjenta oraz w związku z wykonywaniem działalności leczniczej zgodnie z ustawą o działalności leczniczej ze szczególnym uwzględnieniem przepisów ustawy o prawach pacjenta oraz Rzeczniku Praw Pacjenta.
4. Administratorem Państwa danych osobowych jest Specjalistyczna Praktyka Lekarska SPL ZID Dawid Borowik, ul. Pastuszki 6, 42-680 Tarnowskie Góry

.....
Data

.....
Podpis pacjenta

.....
Podpis osoby upoważnionej
do uzyskania informacji o stanie zdrowia