GRUPA NOWY SZPITAL

OŚWIADCZENIE

Szprotawa dnia .....

.....

Imię i nazwisko

.....

PESEL

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że nie będę prowadzić samochodu w dniu wykonania badania w znieczuleniu ogólnym. Jestem świadomy/a tego jaki wpływ mają leki na organizm.

Oświadczam, iż osoba towarzysząca odbierze mnie po badaniu i zdaję sobie sprawę z tego, że brak osoby towarzyszącej skutkuje brakiem możliwości wykonania badania.

Jeżeli pacjent nie zastosuje się do zaleceń, zespół medyczny wykonujący badanie nie ponosi odpowiedzialności za stan zdrowia i jego skutki.

.....

Podpis Pacjenta

WDM/0583