

Zgoda na sedację wziewną podtlenkiem azotu (dziecko)

Nazwisko i imię: Data urodzenia:

Godzina ostatniego przyjmowania pokarmu:

Godzina ostatniego przyjmowania płynu:

Oświadczam, że zostałam/em wyczerpująco i jasno poinformowana/y o zasadach sedacji wziewnej podtlenkiem azotu przez lekarza stomatologa:

Oświadczam, że:

- Spożywałem płyn lub posiłki co najmniej 2 godziny przed zabiegiem
- Stosuję leki zawierające Kodeinę tj. Tusipec, Paracetamol z kodeiną

(właściwie zaznaczyć X)

TAK **NIE**

TAK	NIE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Oświadczam, że choruję na:

- Przeziębienie
- Przerost migdałków gardłowych
- Niedrożności górnych dróg oddechowych
- Leczone choroby psychiczne
- Niesystematyczne przyjmowanie leków na: cukrzycę, padaczkę, tarczycę, nadciśnienie, choroby serca
- Stwardnienie rozsiane
- Porfiria
- Przyjmowanie środków odurzających
- Roztrzenie oskrzelowe, rozedma płuc

(właściwie zaznaczyć X)

TAK **NIE**

TAK	NIE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Deklaruję, że po zabiegu dziecko będzie pod moim nadzorem przez cały dzień.

Niniejszym, zgodnie z art. 32-35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. O zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jednolity Dz.U. z 2008 nr 136 poz. 857 z późniejszymi zmianami) oraz art. 16-18 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U z 2009r. nr 52 poz. 417 z późn. zm.) wyrażam zgodę na leczenie stomatologiczne w sedacji wziewnej podtlenkiem azotu przez lekarza stomatologa:
w Centrum Medycznym DP MED, 05-110 Jabłonna ul. Modlińska 49.

.....
Data

.....
Podpis i pieczęć lekarza
stomatologa

.....
Czytelny podpis pacjenta / rodzica
/
opiekuna prawnego