

ZGODA NA ZABIEGI W SEDACJI WZIEWNEJ-PODTLENKIEM AZOTU

Imię i nazwisko Pacjenta: .....

Pesel: .....

Wiek: .....

Ja niżej podpisany zostałem poinformowany/zostałam poinformowana o działaniach niepożądanych.

Najczęstsze to: wymioty, niepokój, złe samopoczucie w wypadku spożycia posiłku przed zabiegiem.

**Pacjent MUSI być na czczo na min 3 h przed planowanym zabiegiem, w innym razie personel przychodni ma prawo odmówić zabiegu z wykorzystaniem sedacji wziewnej.**

Wszystkie informacje zostały przedstawione mi w formie ustnej i są zawarte w Książeczce Wiewiór.Ki.

Koszt sedacji wziewnej podtlenkiem azotu jest stały i konieczność jego pokrycia następuje bez względu na to czy zabieg stomatologiczny po sedacji zostanie wykonany w całości lub częściowo (brak współpracy po stronie Pacjenta).

Wyrażam zgodę na wykonanie zabiegu w sedacji farmakologicznej.

.....

.....

Data

podpis Pacjenta/Rodzica/Opiekuna Prawnego