

## Pacienta piekrišana medicīniskās procedūras (Fibrogastroskopijas) veikšanai

Vārds, uzvārds \_\_\_\_\_

Personas kods \_\_\_\_\_

Es (vai pacienta aizbildnis)

ar savu parakstu apliecinu, ka esmu saņēmis/-usi māsas/ārsta sniegto informāciju par plānoto izmeklējumu.

Esmu informēts/-a, ka retos gadījumos izmeklējuma laikā var rasties neparedzēti apstākļi, kuri var mainīt tā gaitu.

Esmu informēts/-a, ka retos gadījumos izmeklējuma laikā var rasties komplikācijas (izteiktas sāpes vēderā, asiņošana, orgānu plīsums), kuras jāārstē stacionārā vai, kuru ārstēšanā nepieciešama operatīva iejaukšanās.

Esmu informēts/-a, ka veicot izmeklējumu, ārsts izmantos nomierinošus medikamentus, kuri ietekmēs darba un koncentrēšanās spējas, tāpēc piekrītu, ka 12 stundas pēc sedācijas (medikamenta lietošanas) nevadīšu transporta līdzekli, kā arī neveikšu darbības, kas prasa koncentrēšanos un var apdraudēt manu vai līdzcilvēku veselību un dzīvību, nestrādāšu ar bīstamām, mehāniskām un elektriskām ierīcēm, neparakstīšu dokumentus, nelietošu alkoholu.

Esmu informēts/-a par izmeklējumu, konsultāciju cenām un esmu gatavs/-a tās segt noteiktajā apmērā un kārtībā.

Esmu saņēmis/-usi vienu izmeklējuma aprakstu uz rokas.

Paraksts \_\_\_\_\_

Datums \_\_\_\_\_ plkst. \_\_\_\_\_

