

Aby ograniczyć do minimum niebezpieczeństwo powikłań oraz zmniejszyć ryzyko związane z podawaniem środków znieczulających bądź anestetycznych, prosimy o odpowiedź na następujące pytania:

1. Czy istnieje u Pani/Pana **zwiększona skłonność do krwawień**, zwłaszcza po drobnych skaleczeniach, po usunięciu zębów, bądź powstania sińców po niewielkich urazach mechanicznych?

Tak* Nie*

2. Czy podobne objawy występowały **wśród członków Państwa rodziny**?

Tak* Nie*

3. Czy występowały u Pani/Pana **objawy uczulenia na jakiekolwiek środki spożywcze bądź lecznicze**?

Tak* Nie*

4. Czy przyjmuje Pani/Pan **leki wpływające na krzepliwość krwi** (aspiryna, acard, acenokumarol, syncumar, sintrom)?

Tak* Nie*

Oświadczenie pacjenta:

**Wyrażam zgodę na wykonanie kolonoskopii oraz ewentualnie konieczne w tym przypadku dodatkowe zabiegi*.
Wyrażam zgodę na znieczulenie ogólne lub głębokie uspokojenie w celu przeprowadzenia badania endoskopowego*.**

***niepotrzebne skreślić**

Data

Podpis