

Imię i Nazwisko pacjenta:

PESEL/ Data urodzenia:

Szanowny Pacjencie

W dniu planowany jest u Pani/Pana zabieg operacyjny połączony z koniecznością wykonania znieczulenia.

Wspomniany zabieg i znieczulenie wykonane zostaną najprawdopodobniej w trybie ambulatoryjnym (dziennym). W związku z powyższym zwracamy uwagę na konieczność dostosowania się do niżej wymienionych zaleceń anestezjologa:

- przyjmowanie pokarmów, palenie tytoniu dozwolone jest do godz. 24:00 dnia poprzedzającego zabieg,
- w związku z oddziaływaniem znieczulenia na koordynację ruchową, zdolność koncentracji i sprawność umysłową w szerokim tego słowa znaczeniu – **zabrania się przez 24 h po wykonaniu zabiegu:**
 - prowadzenia pojazdów mechanicznych (samochód, motocykl, rower),
 - podejmowania jakichkolwiek ważnych życiowo decyzji,
 - pozostawania bez opieki osoby dorosłej zarówno podczas transportu jak i pobytu w domu.

.....
Data i podpis pacjenta

.....
Data, podpis i pieczętka lekarza