



OŚWIADCZENIE

Imię i nazwisko

Pesel

Oświadczam iż po badaniu kolonoskopii, które miało miejsce dnia.....będę
Minimum 24 godziny pod opieką Pani/Pana.....
Oraz zostałem/am poinformowany/a, że w przypadku powikłań powinienem/am
zgłosić się niezwłocznie do szpitala.

Podpis pacjenta.....Podpis Opiekuna.....



OŚWIADCZENIE

Imię i nazwisko

Pesel

Oświadczam iż po badaniu kolonoskopii, które miało miejsce dnia.....będę
Minimum 24 godziny pod opieką Pani/Pana.....
Oraz zostałem/am poinformowany/a, że w przypadku powikłań powinienem/am
zgłosić się niezwłocznie do szpitala.

Podpis pacjenta.....Podpis Opiekuna.....