

## Izjava o suglasnosti za provedbu epiduralne anestezije

Ime i prezime:

Dob:

Visina:

Težina:

Alergije:

Lekovi koje svakodnevno uzimate:

Posebnosti na vašoj kralježnici:

Upadljivosti u pogledu zgrušavanja krvi:

**Važno:** Ako su vam poznati problemi sa zgrušavanjem krvi, na porođaj sa sobom ponesite aktualni laboratorijski nalaz (koji nije stariji od 3 sedmice)!

**Ovime izjavljujem da je videozapis za objašnjenje o epiduralnoj anesteziji u bečkoj bolnici St. Josef Krankenhaus Wien pogledan i da je primljen na znanje (označite križićem ono što je primjenjivo):**

DA

NE

**U pogledu toga više nemam nikakva pitanja i slažem se da po potrebi primim epiduralnu anesteziju radi smanjenja bolova:**

DA

NE

**Još imam neodgovorena pitanja:**

DA

NE

Pravovremeno nam pošaljite svoja pitanja na [anaesthesie@sjk-wien.at](mailto:anaesthesie@sjk-wien.at) kako bismo ih mogli razjasniti još prije rođenja vašeg djeteta.

Datum

Potpis

**Obavezno ponesite ovaj popunjeni obrazac sa sobom na porođaj!**