

Nazwisko Imię PESEL Miejsce na naklejkę z danymi pacjenta	Uniwersyteckie Centrum Okulistyki i Onkologii Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach		Sala	<b>FM</b> <b>29</b>
	Wydanie: 2	<b>PROTOKÓŁ</b> <b>OPERACYJNY</b>		
	Obowiązuje od: 14-05-2012			

Wiek: \_\_\_\_\_

Zostałem(am) poinformowany(a) o możliwych powikłaniach w czasie i po zabiegu. Na zadane pytania otrzymałem wyczerpujące odpowiedzi.

\_\_\_\_\_ podpis pacjenta

\_\_\_\_\_ podpis lekarza

Zabieg operacyjny: dn. \_\_\_\_\_ godz. \_\_\_\_\_

Operator: \_\_\_\_\_

Asysta: \_\_\_\_\_

Znieczulenie: \_\_\_\_\_

Znieczulający: \_\_\_\_\_

Rodzaj zabiegu operacyjnego:

\_\_\_\_\_ podpis operatora