

Epidural Anestezi Onay Formu

Adı - Soyadı:

Yaş:

Boy:

Kilo:

Alerji:

Günlük olarak kullandığınız ilaçlar:

Omurganızda bulunan özellikler:

Kan pıhtılaşmasında dikkat çeken özellikler:

Önemli: Eğer pıhtılaşma sorunları çekiyorsanız doğuma güncel laboratuvar sonuçları getirmeniz rica olunur (3 haftadan eski olmamalıdır)!

Bununla beraber Viyana St. Joseph Hastanesi'nde epidural anesteziyle ilgili olan açıklama videosunu izleyip anladığımı onaylıyorum. (İlgili bölümü işaretleyin lütfen.):

EVET

HAYIR

Bununla ilgili açık kalan sorularım yoktur ve gerekirse ağrı dindirmesi için epidural anestezinin uygulanılmasını onaylıyorum:

EVET

HAYIR

Açık kalan sorularım var:

EVET

HAYIR

Sorularınızı vaktinde anaesthesie@sjk-wien.at adresine gönderin lütfen, ki bunları çocuğunuz doğmadan önce giderebilelim.

Tarih

İmza

Bu formu doğum sırasına mutlaka doldurulmuş bir şekilde getirin lütfen!