

Piszkowice, dnia

Imię i nazwisko pacjenta

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

lub *

Seria i Nr dokumentu stwierdzającego tożsamość

**ZGODA NA ŻYWIENIE DOJELITOWE W ZAKŁADZIE LECZNICZO-OPIEKUŃCZYM
DLA DZIECI W PISZKOWICACH, PISZKOWICE 53, 57-300 KŁODZKO**

Ja niżej podpisany/a

Opiekun prawny Pana/i

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

lub *

Seria i Nr dokumentu stwierdzającego tożsamość

Oświadczam, iż:

1. Wyrażam zgodę na żywienie dojelitowe w ZLO Piszkowice.
2. Zostałem/am poinformowany/a o zasadach i zakresie żywienia dojelitowego w ZLO Piszkowice.
3. Zostałem/am poinformowany/a w sposób zrozumiały o istocie choroby i powodach prowadzenia dalszego leczenia żywieniem dojelitowym.
4. Zostałem/am poinformowany/a o możliwościach wystąpienia objawów ubocznych/powikłań żywienia dojelitowego oraz zasadach postępowania w ZLO Piszkowice w przypadku ich wystąpienia.
5. Zobowiązuję się do przestrzegania ustalonych zasad programu i sposobu żywienia dojelitowego w ZLO Piszkowice.
6. Zobowiązuję się do nie wprowadzania i podawania dodatkowo, bez konsultacji z Zespołem Żywieniowym ZLO Piszkowice żadnych produktów żywieniowych i innych środków (soków, płynów, mieszanek itp.) oraz samodzielnego ich podawania.
7. Poinformuję natychmiast personel ZLO Piszkowice o każdym zaobserwowanym przypadku wystąpienia lub podejrzenia niepokojących objawów.
8. Zobowiązuję się do postępowania zgodnie z zaleceniami Zespołu Żywieniowego ZLO Piszkowice.

.....
Podpis pacjenta / opiekuna prawnego.....
Podpis osoby przyjmującej oświadczenie

*w przypadku braku PESEL