

Piszkowice, dnia .....

Imię i nazwisko pacjenta

PESEL 

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

 lub\* .....

Seria i Nr dokumentu stwierdzającego tożsamość

**OŚWIADCZENIE W SPRAWIE WYRAŻENIA ZGODY NA ŻYWIENIE DOJELITOWE  
W ZAKŁADZIE LECZNICZO-OPIEKUŃCZY DLA DZIECI PROWADZONYM PRZEZ  
ZGROMADZENIE SIÓSTR MARYI NIEPOKALANEJ, PISZKOWICE 53, 57-300 KŁODZKO**

Ja niżej podpisany/a .....

Opiekun prawny Pana/i .....

PESEL 

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

 lub\* .....

Seria i Nr dokumentu stwierdzającego tożsamość

Oświadczam, że:

1. Wyrażam świadomą zgodę na żywienie dojelitowe w ZLO dla Dzieci w Piszkowicach.
2. Zostałem/am poinformowany/a o zasadach i zakresie żywienia dojelitowego w ZLO dla Dzieci w Piszkowicach.
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 dla Dzieci w Piszkowicach w przypadku ich wystąpienia.
5. Zobowiązuję się do przestrzegania ustalonych zasad programu i sposobu żywienia dojelitowego w ZLO dla Dzieci w Piszkowicach.
6. Zobowiązuję się do nie wprowadzania i podawania dodatkowo, bez konsultacji z Zespołem Żywieniowym ZLO dla Dzieci w Piszkowicach żadnych produktów żywieniowych i innych środków (soków, płynów, mieszanek itp.) oraz samodzielnego ich podawania.
7. Poinformuję natychmiast personel ZLO dla Dzieci w Piszkowicach o każdym zaobserwowanym przypadku wystąpienia lub podejrzenia niepokojących objawów.
8. Zobowiązuję się do postępowania zgodnie z zaleceniami Zespołu Żywieniowego ZLO dla Dzieci w Piszkowicach.

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

\*w przypadku braku PESEL