

Jaszkotle, dnia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Imię i nazwisko pacjenta\_\_\_\_\_  
PESEL lub \*\_\_\_\_\_  
Seria i Nr dokumentu stwierdzającego tożsamość**ZGODA NA ŻYWIENIE DOJELITOWE W ZOL W JASZKOTLU**Ja niżej podpisany \_\_\_\_\_  
Imię i nazwisko opiekunaOpiekun prawny Pana/Pani \_\_\_\_\_  
Imię i nazwisko pacjenta\_\_\_\_\_  
PESEL lub \*\_\_\_\_\_  
Seria i Nr dokumentu stwierdzającego tożsamość

Oświadczam, że:

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

\_\_\_\_\_  
Podpis opiekuna prawnego

\* w przypadku braku PESEL