

Jaszkotle, dnia .....

.....  
Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

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

lub\* .....

Seria i Nr dokumentu stwierdzającego tożsamość

**ZGODA NA ŻYWIENIE DOJELITOWE W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZO-LECZNICZYM DLA  
DZIECI IM. JANA PAWŁA II W JASZKOTLU, JASZKOTLE 21 55-080 KĄTY WROCŁAWSKIE**

Ja niżej niżej podpisany/a.....

Opiekun prawny Pana/i .....

PESEL

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

lub\* .....

Seria i Nr dokumentu stwierdzającego tożsamość

Oświadczam, iż:

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

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