



**SZPITAL KLINICZNY IM. DR. EMILA WARMIŃSKIEGO POLITECHNIKI BYDGOSKIEJ
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BYDGOSZCZY**

Nr ks. rej.: 000000002247 REGON: 092354746-00027 NIP: 9532293970
ul. Szpitalna 19, 85-826 Bydgoszcz
Tel. 52 370 91 02
szpital.pbs.edu.pl, e-mail: sekretariat@szpital.pbs.edu.pl

Bydgoszcz, dnia

PR5_PJ7_F14.6

OŚWIADCZENIE

Imię i nazwisko Dziecka:

Data urodzenia/
PESEL Dziecka:

Nr księgi głównej:

- Oświadczamy, że przed podpisaniem tego formularza zostaliśmy szczegółowo poinformowani przez lekarza o stanie zdrowia naszego dziecka i proponowanym planie leczenia. Wiemy, że dziecko znajduje się w stanie bezpośredniego zagrożenia życia i odpowiedziano nam na zadane pytania.
- Rozumiemy, że w czasie leczenia możliwe jest wystąpienia powikłań spowodowanych rozwojem choroby zasadniczej oraz stosowanymi metodami leczniczymi.
- Oświadczamy, że zostaliśmy poinformowani o możliwościach pełnego dostępu do dziecka. Rozumiemy, że dotyczy to wyłącznie nas, a nie innych członków rodziny lub znajomych.
- Oświadczamy, że zostaliśmy poinformowani o zasadach dostępu do dokumentacji medycznej.
- Oświadczamy, że zostaliśmy poinformowani o możliwości codziennych kontaktów z lekarzem leczącym nasze dziecko.
- Rozumiemy, że w razie konieczności wykonania niezbędnych zabiegów obarczonych ryzykiem u naszego dziecka zostaniemy poproszeni o wyrażenie odrębnej zgody.
- Rozumiemy, że w sytuacji, gdy dziecko nie będzie wymagało terapii oddechowej może być przeniesione do innego szpitala w celu kontynuacji leczenia.
- Zobowiązuję się stawić na każde wezwanie do szpitala

Nr tel. rodzica/opiekuna prawnego:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>Data</i>	<i>Czytelny podpis rodzica</i>	<i>Czytelny podpis opiekuna prawnego</i>

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>Data</i>	<i>Podpis i pieczętka lekarza przyjmującego</i>