

.....
Imię i nazwisko

.....
PESEL lub nr dokumentu tożsamości

.....
Adres zamieszkania

.....
Stosunek przedstawiciela ustawowego
do małoletniego (np. ojciec, matka)

**+Przychodnia
Nad Stawem**

....., data.....

Oświadczenie przedstawiciela ustawowego pacjenta do 18 roku życia

**Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego w obecności opiekuna faktycznego
oraz na udzielenie opiekunowi faktycznemu informacji.**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na:

1. konsultację lekarską, badanie diagnostyczne bez ingerencji w integralność fizyczną pacjenta (np. USG),
a także wydawanie opinii i orzeczeń lekarskich: TAK NIE
2. rehabilitację TAK NIE jednorazowo
 na cały cykl zabiegów
3. pobieranie krwi i/lub wydzielin organizmu TAK NIE
4. odebranie recepty na leki zaordynowane w trakcie wizyty TAK NIE
5. Wykonanie szczepienia * TAK NIE
(*wymaga wypełnienia wywiadu poniżej)

UWAGA: w przypadku dzieci do 6 r.ż. zalecany jest udział opiekuna prawnego, jednak w sytuacjach uzasadnionych – zdefiniowanych przez opiekuna prawnego dopuszcza się udział opiekuna faktycznego po podpisaniu niniejszego Oświadczenia.

w dniu (data usługi medycznej) dla:

..... (imię i nazwisko małoletniego pacjenta,

PESEL lub data urodzenia) w obecności opiekuna faktycznego:

..... (imię i nazwisko, PESEL lub data urodzenia) nr dowodu tożsamości opiekuna:
.....

Oświadczam, że wyrażam zgodę także:

6. na udzielenie ww. opiekunowi faktycznemu informacji o stanie zdrowia pacjenta małoletniego,
rozpoznanie, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych leczniczych, dających się
przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.

**Do pkt. 5 – w przypadku zgody na wykonanie Szczepienia ochronnego proszę o udzielenie odpowiedzi na
poniższe pytania:**

1. Czy dziecko w dniu podpisania oświadczenia jest chore?
 TAK NIE
2. Czy dziecko jest uczulone na leki, pokarmy, jakieś szczepionki lub lateks?
 TAK (jakie?)
 NIE

3. Czy u dziecka wystąpiła kiedykolwiek ciężka reakcja po szczepieniu?
 TAK (jaka?)
 NIE
4. Czy dziecko choruje na astmę lub inną chorobę płuc, chorobę serca, nerek, krwi lub metaboliczną (np. cukrzycę)?
Czy dziecko jest leczone kwasem acetylosalicylowym (aspiryną)?
 TAK (jaki to schorzenie, jakie leki Pan(i) przyjmuje?)
 NIE
5. Czy dziecko w ciągu minionych 3 miesięcy leczono kortyzonem, prednizonem lub innym kortykosteroidem (deksametazonem, Encortonem, hydrokortyzonem, Medrolem, Metypredem itp.) lekami przeciw nowotworom złośliwym (cytostatycznymi), poddano radio-terapii (napromienianiu) lub leczeniu biologicznemu (lekami immunologicznymi, np. z powodu zapalenia stawów lub nieswoistego zapalenia jelit)?
 TAK NIE
6. Czy dziecko choruje na nowotwór złośliwy, białaczkę, AIDS (zakażenie HIV) lub inne choroby układu immunologicznego (odpornościowego)?
Czy u najbliższych krewnych rozpoznano ciężki wrodzony niedobór odporności lub występowały nagłe, niewyjaśnione zgony z powodu zakażeń?
 TAK NIE
7. Czy u dziecka, jego rodzeństwa lub rodzica występowały drgawki? Czy u dziecka występowały lub występują zaburzenia ze strony mózgu lub inne objawy ze strony układu nerwowego (np. zaburzenia świadomości, utrata przytomności, niedowład lub paraliż, upośledzenie umysłowe)?
 TAK NIE
8. Czy w ciągu minionego roku dziecko otrzymało krew lub preparat krwi (np. osocze, krwinki czerwone, płytki krwi), lek nazywany immunoglobuliną (gammaglobuliną) lub otrzymuje lek przeciwwirusowy (z powodu opryszczki zwykłej, ospy wietrznej lub półpaśca)?
 TAK NIE
9. Czy dziecko otrzymywało jakąkolwiek szczepionkę w ciągu ostatnich 4 tygodni?
 TAK (jaka?)
 NIE
10. Czy dziewczynka/nastolatka jest w ciąży lub istnieje ryzyko, że będzie w ciąży w ciągu najbliższego miesiąca?
 TAK NIE

Data poprzedniego szczepienia Nazwa szczepionki

Dawka

Po świadomym udzieleniu odpowiedzi na powyższe pytania, wyrażam zgodę na wykonanie u mojego niepełnoletniego dziecka:

Szczepienia ochronnego w zakresie:

w poradni: (adres placówki)

.....
Miejscowość, data,
czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

.....
Podpis osoby przyjmującej oświadczenie