

.....
Imię i nazwisko

..... data

.....
Pesel lub nr dokumentu tożsamości

.....
Adres zamieszkania

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

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, badania diagnostyczne bez ingerencji w integralność fizyczną pacjenta (np. USG) jak również na wydawanie opinii i orzeczeń lekarskich TAK NIE
2. Rehabilitację TAK NIE jednorazowo na cały cykl zabiegów
3. Pobranie krwi i/lub wydzielin organizmu TAK NIE
4. Odebranie recepty na leki zaordynowane w trakcie wizyty TAK NIE
5. Wykonanie szczepienia (wymaga wypełnienia TAK NIE poniżej)

Ważne: w przypadku dzieci do 6 roku życia zalecany jest udział opiekuna prawnego. Tylko w sytuacjach uzasadnionych określonych przez opiekuna prawnego, dopuszcza się udział opiekuna faktycznego po podpisaniu niniejszego oświadczenia.

W dniu dla :.....
(data usługi medycznej) (imię, nazwisko PESEL lub data urodzenia młodocianego pacjenta)

w obecności opiekuna faktycznego :.....
(Imię, nazwisko, PESEL lub data ur. opiekuna faktycznego)

legitymującego się dokumentem tożsamości nr
(seria i nr dokumentu tożsamości opiekuna faktycznego)

Oświadczam, że wyrażam zgodę również na:

6. Udzielenie w/w opiekunowi faktycznemu informacji o stanie zdrowia pacjenta młodocianego, rozpoznaniu, możliwych i proponowanych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania lub zaniechania, wynikach leczenia oraz o rokowaniu.

Wywiad konieczny w przypadku wyrażenia zgody na wykonanie szczepienia ochronnego – dotyczy pkt. 5

1. Czy dziecko w dniu podpisania oświadczenia jest zdrowe?
 TAK NIE
2. Czy dziecko jest uczulone na leki, pokarmy, jakiegokolwiek szczepionki lub lateks?
 TAK (jakie?).....
 NIE
3. Czy kiedykolwiek u dziecka wystąpiła ciężka reakcja po szczepieniu?
 TAK (jaka?).....
 NIE

*- niepotrzebne skreślić

4. Czy dziecko choruje na astmę lub inną chorobę płuc, chorobę serca, nerek, krwi lub metaboliczną (np. cukrzyce) oraz czy dziecko jest leczone przewlekle kwasem acetylosalicylowym (aspiryną)? TAK NIE
W przypadku odpowiedzi **TAK** proszę podać jakie to schorzenie i jakie leki dziecko przyjmuje:
.....
5. Czy dziecko w ciągu ostatnich 3 miesięcy leczono kortyzonem, prednizonem lub innym kortykosteroidem (deksametazonem, Enkortonolem, Enkortonem, Hydrokortyzonem, Medrolem, Metypredem itp.), lekami przeciw nowotworom złośliwym (cytostatycznymi). Czy dziecko poddawano radioterapii (napromieniowaniu) 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)? TAK NIE
7. Czy u najbliższych krewnych rozpoznano ciężki wrodzony niedobór odporności lub występowały nagłe, niewyjaśnione zgony z powodu zakażeń? TAK NIE
8. 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
9. 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, półpaśca)? TAK NIE
10. Czy dziecko otrzymało jakąkolwiek szczepionkę w ciągu ostatnich 4 tygodni?
 TAK(jaką?)..... NIE
11. 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 i rzetelnym udzieleniu odpowiedzi na powyższe pytania, wyrażam zgodę na wykonanie u mojego niepełnoletniego dziecka szczepienia ochronnego w zakresie:.....

w poradni : Gminna Przychodnia w Osielsku - adres Osielsko ul. Centralna 6 / Maksymilianowo ul. Szkolna 1 *.

.....
Miejscowość, data

.....
czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

*- niepotrzebne skreślić