

Oława, dnia.....

OŚWIADCZENIE ZGODY

Oświadczam, że wyrażam zgodę na wykonanie u mojego dziecka.....
urodzonego dnia.....

- | | | |
|--|-----|-----|
| 1. szczepienia ochronnego w kierunku WZW typB..... | TAK | NIE |
| 2. szczepienia ochronnego w kierunku gruźlicy..... | TAK | NIE |
| 3. zalecanego podania witaminy K domięśniowo..... | TAK | NIE |
| 4. pobrania krwi do badań przesiewowych w kierunku wrodzonych chorób metabolicznych
(fenyloketonuria, niedoczynność tarczycy, mukowiscydoza)..... | TAK | NIE |

.....
Podpis rodzica/opiekuna prawnego

Oświadczam, że dla ułatwienia i przyspieszenia identyfikacji dziecka personelowi szpitala na podstawie przepisu art.23 ust.1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U.2002.101.926) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych poprzez umieszczenie na pasku identyfikacyjnym i na łóżeczku urodzonego przez mnie dziecka mojego imienia i nazwiska oraz daty porodu.

.....
Podpis rodzica

Oława, dnia.....

ZGODA NA DIAGNOSTYKĘ I LECZENIE NOWORODKA

Oświadczam, że:

TAK, wyrażam świadomą zgodę na zaproponowane przez lekarza wykonanie badań diagnostycznych i leczenie mojego dziecka.....urodzonego dnia.....

NIE, nie wyrażam zgody

Jednocześnie zostałam poinformowana o możliwych grożących mojemu dziecku konsekwencjach wynikających z zaniechania spowodowanego brakiem mojej zgody i zrozumiałam wszystkie przedstawione mi informacje.

.....
Podpis lekarza

.....
Podpis rodzica/opiekuna prawnego

Oława, dnia.....

OŚWIADCZENIE

W SPRAWIE POTWIERDZENIA TOŻSAMOŚCI DZIECKA W WIEKU DO 7 LAT PRZY PRZYJĘCIU DO SZPITALA

Na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2001r. W sprawie szczegółowych warunków i trybu zaopatrywania dzieci narodzonych w szpitalu oraz dzieci w wieku do 7 lat przyjmowanych do szpitala w znaki tożsamości oraz zasad postępowania w razie stwierdzenia braku tych znaków
(Dz. U. z dnia 28 grudnia 2001r.)

Dziecko zaopatrzone w znaki tożsamości.....
Imię i nazwisko dziecka

na podstawie oświadczenia rodziców(a), opiekunów dziecka

.....
Imię i nazwisko (matka, ojciec, opiekun prawny), adres zamieszkania

legitymująca(y) się dowodem osobistym.....
seria i numer, PESEL

.....
Imię i nazwisko rodzica, opiekuna

.....
podpis lekarza, pielęgniarki

Oława, dnia.....

OŚWIADCZENIE

W SPRAWIE POTWIERDZENIA TOŻSAMOŚCI DZIECKA W WIEKU DO 7 LAT PRZY WYPISIE ZE SZPITALA

Na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2001r. W sprawie szczegółowych warunków i trybu zaopatrywania dzieci narodzonych w szpitalu oraz dzieci w wieku do 7 lat przyjmowanych do szpitala w znaki tożsamości oraz zasad postępowania w razie stwierdzenia braku tych znaków
(Dz. U. z dnia 28 grudnia 2001r.)

Dziecko wypisano ze szpitala w dniu
Imię i nazwisko dziecka

zostało powierzone
Imię i nazwisko (matka, ojciec, opiekun prawny), adres zamieszkania

legitymująca(y) się dowodem osobistym.....
seria i numer, PESEL

.....
Imię i nazwisko rodzica, opiekuna

.....
podpis lekarza, pielęgniarki