

OŚWIADCZENIE

Przedstawiciela Ustawowego Pacjenta do 18. roku życia

Imię i nazwisko: _____

Adres zamieszkania: _____

PESEL/w przypadku braku – data urodzenia: _____

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

Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego stomatologicznego 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), a także wydawanie opinii i orzeczeń lekarskich: | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE | 2) rehabilitację | <input type="checkbox"/> TAK – <input type="checkbox"/> jednorazowo | <input type="checkbox"/> NIE |
| | | | | <input type="checkbox"/> na cały cykl zabiegów | |
| 3) pobranie krwi i/lub wydzielin organizmu | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE | 4) odebranie recepty na leki zaordynowane w trakcie wizyty | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 5) wykonanie szczepienia (wymaga wypełnienia wywiadu poniżej) | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE | 6) wykonanie zdjęcia RTG | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |

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

Prosimy o szczegółowe podanie:

W dniu _____ dla _____
Data usługi medycznej Imię i nazwisko małoletniego Pacjenta; data urodzenia lub PESEL

W obecności Opiekuna Faktycznego _____
Imię i nazwisko, data urodzenia lub PESEL

Nr dokumentu tożsamości Opiekuna: _____

A także:

- 6) na udzielenie ww. Opiekunowi Faktycznemu informacji o stanie zdrowia Pacjenta małoletniego, rozpoznaniu, 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)?

TAK (jakie to jest schorzenie,
jakie leki przyjmuje?) _____ NIE

5) Czy dziecko jest leczone przewlekle kwasem acetylosalicylowym (aspiryna)?

TAK NIE

6) Czy dziecko w ciągu minionych 3 miesięcy leczono kortyzonem, prednizonem lub innym kortykosteroidem (deksametazonem, Encortolonem, Encortonem, hydrokortyzonem, Medrolem, Metypredem itp.), lekami przeciw nowotworom złośliwym (cytostatycznymi), poddawano radioterapii (napromienianiu) lub leczeniu biologicznemu (lekami immunologicznymi, np. z powodu zapalenia stawów lub nieswoistego zapalenia jelit)?

TAK NIE

7) 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

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 immunoglobulina (gammaglobulina) lub otrzymuje lek przeciwwirusowy (z powodu opryszczki zwykłej, ospy wietrznej lub półpaśca)?

TAK NIE

10) Czy dziecko otrzymywało 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 udzieleniu odpowiedzi na powyższe pytania, wyrazam 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

Data

Zatwierdził: Dyrektor Departamentu Medycznego
Obowiązuje od: 14.08.2014 r.