

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA: _____

PESEL: _____

IMIĘ I NAZWISKO OPIEKUNA FAKTYCZNEGO _____

KARTA ZGODY NA ŻYWIENIE DOJELITOWE W ZOL

oświadczenie pacjenta lub opiekuna faktycznego pacjenta

Ja, niżej podpisany/a _____

Oświadczam, iż:

1. Wyrażam zgodę na żywienie dojelitowe w ZOL.
2. Zostałem/am poinformowany/a o zasadach i zakresie żywienia dojelitowego w ZOL.
3. Zostałem/am poinformowany/a w sposób zrozumiały o istocie choroby i powodach prowadzenia dalszego leczenia żywieniem dojelitowym.
4. Zostałem/am poinformowany/a o możliwości wystąpienia objawów ubocznych/powikłań/żywienia dojelitowego oraz zasadach postępowania w ZOL w przypadku ich wystąpienia.
5. Zobowiązuję się do przestrzegania ustalonych zasad programu i sposobu żywienia dojelitowego w ZOL.
6. Zobowiązuję się do nie wprowadzania i podawania dodatkowo, bez konsultacji z Zespołem Żywieniowym ZOL żadnych produktów żywieniowych i innych środków (soków, płynów, mieszanek itp.) oraz samodzielnego ich podawania.
7. Poinformuję natychmiast personel ZOL'u o każdym zaobserwowanym przypadku wystąpienia lub podejrzenia niepokojących objawów.
8. Zobowiązuję się do postępowania zgodnie z zaleceniami Zespołu Żywieniowego ZOL.

Data _____

Podpis pacjenta/opiekuna faktycznego _____

Podpis osoby przyjmującej oświadczenie _____