

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA.....

Matka / opiekun prawny *

Imię i nazwisko PESEL.....

Adres.....

Nr dow. osob. Tel. kontaktowy E-mail.....

Ojciec / opiekun prawny *

Imię i nazwisko PESEL.....

Adres.....

Nr dow. osob. Tel. kontaktowy E-mail.....

1. Wyrażam zgodę na badania diagnostyczne i leczenie mojego dziecka w Ośrodku Leczniczo-Rehabilitacyjnym „Bucze” w Górkach Wielkich sp. z o.o.

Wyrażam zgodę na przyjęcie i leczenie mojego dziecka (w tym znieczulenie ogólne, zabieg operacyjny) w innej placówce służby zdrowia, jeżeli w trakcie pobytu w Ośrodku wyniknie taka konieczność, uzasadniona stanem zdrowia dziecka.

Data:

Czytelny podpis rodzica/opiekuna :

2. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie kontroli (przeгляdu) rzeczy osobistych mojego dziecka/podopiecznego. Kontrola taka może być przeprowadzona w wypadku zaistnienia konieczności, celem poprawy bezpieczeństwa przebywających w Ośrodku dzieci - dotyczy stwierdzenia posiadania przez dziecko ostrych, niebezpiecznych przedmiotów, środków psychotropowych, odurzających, alkoholu, tytoniu oraz leków.

Kierownictwo Ośrodka zapewnia, iż kontrola rzeczy osobistych prowadzona będzie wyłącznie przez personel medyczny lub pedagogiczny w obecności osoby kontrolowanej, a rzeczy i przedmioty zabezpieczone zostaną spisane i przekazane rodzicom/ opiekunom w dniu wypisu dziecka.

3. Informuję, że zapoznałem(łam) się z Regulaminem dla pacjentów Ośrodka Leczniczo-Rehabilitacyjnego „Bucze” i akceptuję zakaz posiadania przez dziecko telefonu komórkowego oraz cennych przedmiotów w pokoju podczas pobytu w Ośrodku.

Powodem zakazu jest utrudnianie pracy personelu i dezorganizacja planu zabiegów. Jednocześnie informujemy, iż dzieci w żaden sposób nie są pozbawione kontaktu z rodzicami. W godzinach pozalekcyjnych i pozazabiegowych (ok. 17⁰⁰-21⁰⁰) telefony zostają wydawane pacjentom z depozytu i w tym czasie dzieci mogą nawiązać kontakt telefoniczny z rodzicami, opiekunami itp.

4. Informuję, że zapoznałem(łam) się z Regulaminem dla odwiedzających w Ośrodku Leczniczo-Rehabilitacyjnym „Bucze” i zobowiązuję się do jego przestrzegania w trakcie odwiedzin.

5. Wyrażam/ nie wyrażam* zgodę(y) na robienie zdjęć mojemu dziecku w trakcie pobytu w Ośrodku oraz umieszczanie ich na stronie internetowej Ośrodka.

6. Upoważniam następujące osoby do zabierania mojego dziecka/podopiecznego na wyjścia poza teren Ośrodka:

Imię i nazwisko..... Numer dowodu osob.

Imię i nazwisko..... Numer dowodu osob.

7. Upoważniam następujące osoby do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia mojego dziecka:

8. Upoważniam następujące osoby do uzyskiwania dokumentacji medycznej mojego dziecka:

Data:

Czytelny podpis rodzica/opiekuna :

* niepotrzebne skreślić