

Imię i Nazwisko pacjenta PESEL

Imię i nazwisko Opiekuna Prawnego

**Karta zgody na żywienie dojelitowe
w ZOL Caritas, Rynek 10, 33-330 Grybów**

Oświadczenie pacjenta lub opiekuna prawnego pacjenta

**Ja, niżej podpisany/a/
oświadczam iż:**

1. Wyrażam zgodę na żywienie dojelitowe w ZOL,
2. Zostałem /am/ poinformowany o zasadach i zakresie żywienia dojelitowego w ZOL,
3. Zostałem /am/ poinformowany w sposób zrozumiały o istocie choroby i powodach prowadzenia dalszego leczenia żywieniem dojelitowym,
4. Zostałem /am/ poinformowany 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 Zakładu o każdym zaobserwowanym przypadku wystąpienia lub podejrzenia niepokojących objawów,
8. Zobowiązuję się do postępowania zgodnie z zaleceniami Zespołu Żywieniowego ZOL.

Grybów, dnia

Data

Podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

Podpis osoby przyjmującej oświadczenie