

INFORMACJE OGÓLNE DOTYCZĄCE PRZYJĘCIA PACJENTA DO ZAKŁADU

Podstawą przyjęcia pacjenta do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego Caritas w Grybowie jest kompletna dokumentacja dostarczona do biura zakładu.

Do niezbędnych dokumentów (druki do pobrania w biurze zakładu lub ze strony www.zolgrybow zakładka **Dokumenty**) wypełnionych przez lekarza, pielęgniarkę oraz samego pacjenta lub jego opiekuna prawnego należy dołączyć:

1. Dane z dowodu osobistego (Imię, Nazwisko i PESEL) oraz dane z legitymacji emeryta/rencisty lub innego dowodu ubezpieczenia (uprzejmie prosimy, by sprawdzić czy w podanych danych nie ma pomyłki),
2. Kserokopia informacji o dochodach osoby ubiegającej się o przyjęcie (najlepiej aktualna decyzja ustalająca wysokość dochodu chorego ZUS, KRUS, OPS/),
3. Kserokopia orzeczenia o posiadanej grupie inwalidzkiej lub stopniu niepełnosprawności (jeśli chory posiada takie orzeczenie),
4. Posiadane karty informacyjne z ostatnich pobytów w szpitalu oraz inną posiadaną dokumentację medyczną istotną dla aktualnego stanu zdrowia (może być kserokopia),
5. W przypadku ustalenia opiekuna prawnego - kserokopia postanowienia Sądu.

Wypełnione dokumenty należy przesać pocztą na podany poniżej adres lub dostarczyć osobiście (pn. – pt. w godz. 7.00 do 15.00):

Adres : **Zakład Opiekuńczo-Leczniczny Caritas**
Rynek 10, 33 – 330 Grybów

Uwaga: W przypadku braku wolnych miejsc, osoby spełniające warunki przyjęcia do zakładu wpisywane są na LISTĘ OSÓB OCZEKUJĄCYCH i informowane o swoim numerze na tej liście. Poza kolejnością przyjmowani są inwalidzi i weterani wojenni, dawcy organów do przeszczepu oraz osoby represjonowane w czasach komunistycznych, które posiadają dokumenty poświadczające w/w okoliczności. Osoby oczekujące na przyjęcie do zakładu zostaną poinformowane o terminie przyjęcia listownie lub telefonicznie. Do ZOL w Grybowie nie są przyjmowani pacjenci z chorobą psychiczną, nowotworową oraz osoby, u których bezpośrednią przyczyną choroby były uzależnienia.

W przypadku pytań i wątpliwości należy zwrócić się do pracownika socjalnego (tel. 184482666), lekarza zakładu; kierownika ds. medycznych (tel. 184482662) lub dyrektora zakładu (tel. 184482661). Pytania można również zadawać drogą elektroniczną e-mail: zolgrybow@gmail.com. Więcej informacji na temat funkcjonowania ZOL Caritas w Grybowie, jego historii oraz prowadzonej w nim działalności leczniczej i opiekuńczej znajduje się na stronie **www.zolgrybow.pl**

**WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA DO ZAKŁADU
OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO/PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO**

DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Numer PESEL, a w przypadku jego braku - numer dokumentu potwierdzającego tożsamość:

.....

.....

Miejscowość, data

.....

Podpis świadczeniobiorcy

**SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO/
ZAKŁADU PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO***

Niniejszym kieruję:

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy:

Adres zamieszkania świadczeniobiorcy:

Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

.....

Nr telefonu do kontaktu:

Numer PESEL świadczeniobiorcy, a w przypadku jego braku - numer dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy:

.....

Rozpoznanie w języku polskim według ICD-10 (choroba zasadnicza i choroby współistniejące):

.....

Dotychczasowe leczenie:

.....

Potrzeba kontynuacji dotychczasowego leczenia (tak/nie*)

Liczba punktów w skali Barthel, którą uzyskał świadczeniobiorca**

Przypadek nagły, wynikający ze zdarzeń losowych i uzasadniony stanem zdrowia (tak/nie)*

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię, nazwisko, nr telefonu do kontaktu)***:

.....

Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię, nazwisko, nr telefonu do kontaktu)***:

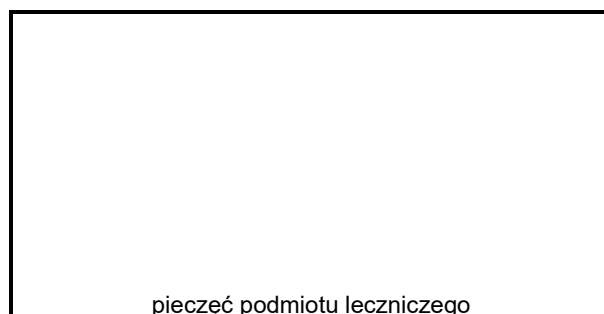
.....

- do zakładu opiekuńczo-leczniczego/zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego*.

.....

Miejscowość, data

Podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz pieczęć podmiotu leczniczego.



* Niepotrzebne skreślić. ** Jeżeli jest wymagana. *** Fakultatywnie, na wniosek świadczeniobiorcy.

KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY SKIEROWANEGO/PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZYM¹Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel²

Imię i Nazwisko świadczeniobiorcy:

Adres zamieszkania

Numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL, nr dokumentu potwierdzającego tożsamość

| Lp. | Czynność ³ | Wynik ⁴ |
|--------------------|--|---------------------------------------|
| 1. | Spożywanie posiłków: | |
| | 0 = nie jest w stanie samodzielnie jeść | |
| | 5 = potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety | |
| | 10 = samodzielny, niezależny | |
| 2. | Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie: | |
| | 0 = nie jest w stanie; nie zachowuje równowagi przy siedzeniu | |
| | 5 = większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby) | |
| | 10 = mniejsza pomoc słowna lub fizyczna | |
| 3. | Utrzymywanie higieny osobistej: | |
| | 0 = potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych | |
| | 5 = niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami) | |
| | 10 = samodzielny | |
| 4. | Korzystanie z toalety (WC) : | |
| | 0 = zależny | |
| | 5 = potrzebuje pomocy ale może coś zrobić sam | |
| | 10 = niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się | |
| 5. | Mycie, kąpiel całego ciała: | |
| | 0 = zależny | |
| | 5 = niezależny lub pod prysznicem | |
| | 10 = samodzielny | |
| 6. | Poruszanie się po powierzchniach płaskich | |
| | 0 = nie porusza się lub < 50 m | |
| | 5 = niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50 m | |
| | 10 = spaceruje z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m | |
| 7. | Wchodzenie i schodzenie po schodach: | |
| | 0 = nie jest w stanie | |
| | 5 = potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie | |
| | 10 = samodzielny | |
| 8. | Ubieranie i rozbieranie się: | |
| | 0 = zależny | |
| | 5 = potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy | |
| | 10 = niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp. | |
| 9. | Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu: | |
| | 0 = nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw | |
| | 5 = czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) | |
| | 10 = panuje, utrzymuje stolec | |
| 10. | Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego | |
| | 0 = nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny | |
| | 5 = czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) | |
| | 10 = panuje, utrzymuje mocz | |
| DATA: | | Wynik kwalifikacji⁵ |

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba
wymaga/nie wymaga¹ skierowania do zakładu
opiekuńczego/dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczym¹

Data jak wyżej. Pieczęć, podpis pielęgniarki

Data jak wyżej. Pieczęć, podpis lekarza

1) niepotrzebne skreślić, 2) Mahoney FI Barthel D, 3) W lp. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości, 4) Wpisać wartość punktową, 5) Wpisać sumę punktów

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI

1. Dane świadczeniobiorcy

Imię i Nazwisko:

Adres zamieszkania:

Numer PESEL, a w przypadku jego braku - numer dokumentu potwierdzającego tożsamość:

.....

2. Rozpoznanie problemów z zakresu pielęgnacji (zaznaczyć właściwe, ewentualnie opisać):

a) odżywianie

– samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*

- karmienie przez gastrostomię lub zgłębnik
- karmienie pacjenta z zaburzonym połykaniem
- zakładanie zgłębnika
- inne niewymienione

b) higiena ciała

– samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*

- w przypadku pacjenta wentylowanego mechanicznie - toaleta jamy ustnej lub toaleta drzewa oskrzelowego oraz wymiana rurki tracheostomijnej
- inne niewymienione

c) oddawanie moczu

– samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*

- cewnik
- inne niewymienione

d) oddawanie stolca

– samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*

- pielęgnacja stomii
- wykonywanie lewatyw i irygacji
- inne niewymienione

e) przemieszczanie pacjenta

– samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*

- z zaawansowaną osteoporozą
- którego stan zdrowia wymaga szczególnej ostrożności

inne niewymienione

f) rany przewlekłe

odleżyny

rany cukrzycowe

inne niewymienione

g) oddychanie wspomagane

h) świadomość pacjenta: tak/nie/z przerwami*

i) inne

3. Liczba punktów uzyskanych w skali Barthel/****

.....

Miejscowość, data

.....

Podpis oraz pieczęć pielęgniarki

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga* skierowania do zakładu opiekuńczo-leczniczego/zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego*.

.....

Miejscowość, data

.....

Podpis oraz pieczęć lekarza

* Niepotrzebne skreślić.

** W przypadkach określonych w art. 25 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o weteranach działań poza granicami państwa (Dz. U. Nr 205, poz. 1203) opinia konsultanta ochrony zdrowia, o którym mowa w art. 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 419, z późn. zm.), zastępuje ocenę skalą Barthel.

*** W przypadku dzieci do ukończenia 3 roku życia wpisać: "nie ma zastosowania".

PODANIE O PRZYJĘCIE

Ja, _____
(Imię i Nazwisko)

PESEL (lub seria i nr dokumentu tożsamości) oraz adres zamieszkania

proszę o przyjęcie mnie w charakterze pacjenta do Zakładu Opiekuńczo Leczniczego Caritas Diecezji Tarnowskiej, ul. Rynek 10, 33-330 Grybów.

Jednocześnie oświadczam, że zapoznano mnie warunkami przyjęcia i pobytu w Zakładzie oraz z treścią przepisów dotyczących odpłatności za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym Caritas Diecezji Tarnowskiej, która wynosi 70 % moich dochodów. Wyrażam zgodę na ponoszenie opłaty i na jej potrącanie przez płatnika świadczeń emerytalno-rentowych lub przez innego płatnika zgodnie z przepisami (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r § 8 ust.1 – 4 (Dz. U. Nr 0 poz. 731)).

Miejscowość, data:

(podpis osoby składającej podanie lub opiekuna prawnego)

Klauzula informacyjna – dla pacjenta / osoby ubiegającej się o przyjęcie do ZOL Caritas w Grybowie
Działając na podstawie unijnych przepisów o ochronie danych osobowych – RODO (rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r.) prosimy o zapoznanie się z informacjami na temat przetwarzania danych osobowych przez ZOL Caritas.

Warto wiedzieć, że:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Zakład Opiekuńczo-Leczniczny Caritas Diecezji Tarnowskiej z siedzibą w 33-330 Grybów, Rynek 10, e-mail: zolgrybow@gmail.com, numer telefonu 184482660.
- 2) W placówce wyznaczono **Inspektora Ochrony Danych**, z którym można się kontaktować **kom. 660096797, caritas3@diecezja.tarnow.pl**
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są na podstawie Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w tym Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej
- 4) Podanie danych osobowych, w tym danych dotyczących stanu mojego zdrowia, przez osobę składającą podanie nie jest obowiązkowe, lecz bez ich podania nie będzie możliwe skorzystanie z pomocy w ZOL Caritas w Grybowie w ramach opieki medycznej długoterminowej;
- 5) dostęp do danych osobowych będą miały wyłącznie osoby upoważnione i zobowiązane do zachowania poufności;
- 6) dane mogą być udostępnione organom władzy publicznej oraz podmiotom wykonującym zadania publiczne lub działającym na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów prawa;
- 7) Dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji celu – zgodnie z przepisami prawa;
- 8) Posiada Pani/Pan prawo do:
 - dostępu do swoich danych,
 - sprostowania swoich danych,
 - wniesienia skargi do Prezesa UODO, gdy uznasz, że przetwarzanie Twoich danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO),
 - żądania ograniczenia przetwarzania,
 - przenoszenia danych.

Miejscowość, data:

(podpis osoby składającej podanie lub opiekuna prawnego)

OŚWIADCZENIE PACJENTA

1. Oświadczam, że upoważniam *

.....
(Imię i Nazwisko, PESEL, telefon oraz adres osoby, której pacjent udziela niniejszych upoważnień)

do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia, o udzielonych i planowanych świadczeniach zdrowotnych lub o moim zgonie.

2. Oświadczam, że upoważniam w/w osobę do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby;
3. Oświadczam równocześnie, że wyrażam zgodę na przeprowadzanie badań oraz udzielanie innych świadczeń zdrowotnych w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy Caritas Diecezji Tarnowskiej, Rynek 10, 33-330 Grybów oraz w podmiotach leczniczych będących podwykonawcami w/w Zakładu na zasadach określonych w rozdz. 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

.....
Miejscowość, data

.....
podpis pacjenta

* W razie braku woli udzielenia jakiegokolwiek osobie powyższego upoważnienia należy wpisać: „**Oświadczam, że nie udzielam nikomu upoważnienia do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia (pkt 1) oraz do uzyskiwania dokumentacji medycznej (pkt 2).**”

Klauzula informacyjna dla osób upoważnionych do wglądu w dokumentację medyczną

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016)

Informujemy, że:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Zakład Opiekuńczo-Leczniczy Caritas Diecezji Tarnowskiej z siedzibą 33-330 Grybów, Rynek 10, e-mail: zolgrybow@gmail.com, numer telefonu 184482660.

W placówce wyznaczono **Inspektora Ochrony Danych**, z którym można się kontaktować **kom. 660096797, caritas3@diecezja.tarnow.pl**;

Ma Pani/Pan prawo dostępu do swoich danych, ich sprostowania, prawo ograniczenia przetwarzania. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeżeli Pani/Pana dane są przetwarzane niezgodnie z wymogami prawnymi.

Dane będą przetwarzane w celu udostępnienia dokumentacji medycznej pacjenta.

Podanie danych jest dobrowolne, jednakże ich niepodanie będzie skutkowało niemożnością wglądu w dokumentację medyczną pacjenta.

Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych jest art. 6 ust. 1 lit. c rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE - dalej: RODO, art. 26 ust.1 i 2 ustawy z dn. 06.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, art. 27 ust. 4 pkt 4 ustawy z dn. 06.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Podstawą przetwarzania danych może być również art. 6 ust. 1 lit. d RODO.

Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa

Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państw znajdujących się poza Europejskim Obszarem Gospodarczym. Administrator nie będzie stosował wobec Pani/Pana zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres nie dłuższy, niż jest to niezbędne do celów, w których dane te są przetwarzane.

.....
Miejscowość, data

.....
podpis osoby upoważnionej

.....
(miejsowość, data)

Oświadczenie zgody Pacjenta/Strony

PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja, niżej podpisana/ y,
(imię i nazwisko wnioskodawcy oraz adres)

I. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Administratora moich danych osobowych/ danych mojej rodziny w celu korzystania z całodobowej opieki oraz świadczeń zdrowotnych zapewnianych przez Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w Grybowie.

(czytelny podpis Pacjenta/strony)

II. Oświadczam, że dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Administratora moich **wrażliwych** danych osobowych / **szczególnych kategorii** umieszczonych w treści różnego rodzaju: opinii, orzeczeń, wywiadów środowiskowych, informacji z przychodni, szpitali i innych podmiotów bądź poradni specjalistycznych.

(czytelny podpis Pacjenta/strony)

III. Oświadczam, że zostałam/em pouczone/a/y przez Dyrektora ZOL pełniącego funkcję administratora danych osobowych:

- 1) iż pozyskane dane pozwolą w razie potrzeby na:
 - opracowanie pomocy psychologicznej, leczniczej, dietetycznej, rehabilitacyjnej, terapeutycznej i opiekuńczej oraz zdrowotnej ze względu na moje indywidualne potrzeby zdrowotno-bytowe w ZOL w zakresie:
 - wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na Administratorze tj. Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy CARITAS w Grybowie,
 - wykonywania szczególnych praw przez Administratora,
 - ochrony żywotnych interesów mojej osoby jako pacjenta,
 - świadczenia na moją rzecz jako podopiecznego ZOL społecznie oczekiwanych usług dodatkowych
 - realizacji zadań wynikających z przepisów prawa, a w szczególności z Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- 2) Iż otrzymane dane będą udostępnione pracownikom tylko upoważnionym.

(czytelny podpis Pacjenta/strony)

.....
imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za pacjenta

.....
adres zamieszkania osoby odpowiedzialnej za pacjenta

.....
telefon osoby odpowiedzialnej za pacjenta

O ś w i a d c z e n i e

Ja, niżej podpisany/a zobowiązuję się, w przypadku uzyskania przez

.....
(imię i nazwisko pacjenta)

poprawy stanu zdrowia a tym samym uzyskania w pielęgniarstwie skali Barthel więcej niż 40 punktów, do odebrania go/jej z Zakładu, w terminie wskazanym przez osobę występującą w imieniu Zakładu. Informacja o terminie wypisu pacjenta będzie udzielona w formie pisemnej i/lub telefonicznej.

Przyjmuję do wiadomości, że zgodnie z umową zawartą z Małopolskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie, Zakład Opiekuńczo-Lecznicy Caritas w Grybowie nie otrzyma dofinansowania dla pacjenta, który w medycznej skali Barthel uzyskał więcej niż 40 punktów.

.....
data i podpis osoby odpowiedzialnej za pacjenta

KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH

Zostałem/am poinformowany/a, że:

- Podanie danych osobowych jest dobrowolne, lecz odmowa ich podania, będzie skutkować uniemożliwieniem udzielenia informacji o warunkach i terminach przyjęcia oraz pobytu pacjenta w ZOL Caritas.
- Moje dane będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia informacji o warunkach i terminach przyjęcia oraz pobytu pacjenta w ZOL Caritas, na czas niezbędny do realizacji tego celu.
- Administratorem moich danych osobowych jest Zakład Opiekuńczo-Lecznicy Caritas Diecezji Tarnowskiej z siedzibą w 33-330 Grybów, Rynek 10, e-mail: zolgrybow@gmail.com, numer telefonu 184482660.
- W placówce wyznaczono **Inspektora Ochrony Danych**, z którym można się kontaktować kom. 660096797, caritas3@diecezja.tarnow.pl;
- Wiem, że posiadam prawo dostępu do swoich danych, ich usunięcia, sprostowania i ograniczenia przetwarzania.
- W przypadku, gdy przetwarzanie moich danych będzie naruszało przepisy o ochronie danych osobowych, mam prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

.....
Miejscowość, data

.....
podpis osoby oświadczającej

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 żywnościowych 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