



ZGODA RODZICÓW / OPIEKUNÓW NA PRZYJĘCIE DZIECKA DO HOSPICJUM

Imię i nazwisko DZIECKA:										
PESEL:										

Oświadczam, że:

- zostałem/am poinformowany/a o tym, że choroba mojego Dziecka jest nieuleczalna
- zapoznałem/am się z INFORMACJĄ DLA RODZICÓW / OPIEKUNÓW
- wyjaśniono mi w sposób zrozumiały zasady opieki Hospicjum
- uzyskałem/am wyczerpujące odpowiedzi na zadane przeze mnie pytania

Rozumiem, że:

- opieka paliatywna polega na zapewnieniu czynnej i całościowej opieki Dzieciom z chorobami nieuleczalnymi, obarczonymi wysokim ryzykiem przedwczesnej śmierci
- opieka paliatywna ma na celu ochronę godności Dziecka, poprawę jakości jego życia oraz ochronę przed uporczywą terapią i działaniami jatrogennymi
- opieka paliatywna obejmuje leczenie objawowe oraz wsparcie psychologiczne, socjalne i duchowe

Przyjmuję do wiadomości, że:

- pracownicy Hospicjum nie będą stosowali metod przedłużających życie, będących uporczywą terapią (*takich jak: resuscytacja krążeniowo-oddechowa, dożylna, domięśniowe podawanie antybiotyków, nawadnianie i żywienie dożylna, przetaczanie preparatów krwi, chemioterapia itp.*)
- od tej pory stosowane będzie wyłącznie leczenie objawowe, mające na celu zmniejszenie cierpienia Dziecka, uszanowanie jego godności
- w uzasadnionych wypadkach Dziecko może być skierowane przez lekarza Hospicjum na leczenie szpitalne; konieczność leczenia szpitalnego lekarz hospicjum uzasadnia w skierowaniu i w dokumentacji pacjenta

Wyrażam zgodę na przyjęcie mojego Dziecka do Hospicjum i zobowiązuję się do ścisłego wykonywania zaleceń lekarzy i pielęgniarek Hospicjum. Wyrażam zgodę na odstąpienie od diagnostyki i leczenia przyczynowego.

Data i podpis matki/ opiekuna prawnego

Data i podpis ojca/ opiekuna prawnego

Data, podpis i pieczęć osoby przyjmującej zgodę: