

Imię i nazwisko pacjenta ..... PESEL.....

Imię i nazwisko Opiekuna Prawnego.....

**Karta zgody na żywienie dojelitowe w ZOD**  
**Oświadczenie pacjenta lub opiekuna prawnego pacjenta**

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

1. Wyrażam zgodę na żywienie dojelitowe w ZOD,
2. Zostałem /am/ poinformowany o zasadach i zakresie żywienia dojelitowego w ZOD,
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 ZOD w przypadku ich wystąpienia,
5. Zobowiązuję się do przestrzegania ustalonych zasad programu i sposobu żywienia dojelitowego w ZOD,
6. Zobowiązuję się do nie wprowadzania i podawania dodatkowo, bez konsultacji z Zespołem Żywniowym ZOD, 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 Żywniowego ZOD.

Data.....

Podpis pacjenta/opiekuna prawnego.....

Podpis osoby przyjmującej oświadczenie.....