****

…............................................................

**Imię i nazwisko rodzica lub opiekuna**

…............................................................

**Adres zamieszkania**

**OŚWIADCZENIE NA 201... ROK**

Ja ….............................................. rodzic/opiekun prawny .......................................... ,

 (imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego) (imię i nazwisko dziecka/podopiecznego)

przebywającego w Lubelskim Hospicjum dla Dzieci im. Małego Księcia - Stacjonarna Opieka Paliatywna, 20-828 Lublin, ul. Lędzian 49.

**Wyrażam zgodę na:**

1. Przeprowadzanie niezbędnych zabiegów operacyjnych zarówno w znieczuleniu miejscowym jak i ogólnym.
2. Każdorazowy, konieczny pobyt w szpitalu
3. Wykonanie u mojego dziecka/podopiecznego zabiegów stomatologicznych w znieczuleniu miejscowym lub ogólnym.
4. Wykonanie szczepień u mojego dziecka/podopiecznego.
5. Stosowanie u mojego dziecka/podopiecznego leków poza wskazaniami rejestracyjnymi.