

.....
Imię i nazwisko rodzica lub opiekuna

.....
Adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE NA ROK

Jarodzic/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.