



**OŚWIADCZENIE I ZGODA PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO
na samodzielne wizyty oraz procedurę immunoterapii (odczulania) małoletniego pacjenta**

Ja, niżej podpisany/a:

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna:

Seria i numer dowodu osobistego:

Numer PESEL:

Numer telefonu kontaktowego (aktywny w czasie wizyt):

jako przedstawiciel ustawowy małoletniego pacjenta, który ukończył 16. rok życia:

Imię i nazwisko dziecka:

Data urodzenia dziecka:

Numer PESEL dziecka:

OŚWIADCZAM, ŻE:

1. Wyrażam świadomą zgodę na samodzielne (bez mojej obecności) odbywanie wizyt lekarskich przez wyżej wymienionego małoletniego w poradni alergologicznej:
Clinica Vitae sp z o.o. ul.Gospody 7 , 80-344 Gdańsk

2. Wyrażam zgodę na realizację procedury swoistej immunoterapii alergenowej (odczulania), w tym na:

- Każdorazowe lekarskie badanie kwalifikacyjne małoletniego przed podaniem szczepionki.
- Wykonywanie iniekcji (zastrzyków) ze szczepionką alergologiczną przez uprawniony personel medyczny.
- Wykonywanie niezbędnych testów skórnych, badań krwi oraz spirometrii związanych z procesem leczenia.

3. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a przez lekarza o ryzyku związanym z odczulaniem, w tym o ryzyku wystąpienia miejscowych i ogólnoustrojowych reakcji alergicznych oraz wstrząsu anafilaktycznego. Wyrażam zgodę na podjęcie natychmiastowych działań ratujących zdrowie i życie w przypadku wystąpienia działań niepożądanych.

4. Zobowiązuję się do pozostawiania pod wskazanym numerem telefonu w czasie każdej wizyty oraz podczas obowiązkowego 30-minutowego okresu obserwacji małoletniego po podaniu szczepionki na terenie placówki.

.....
(czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego)

OŚWIADCZENIE MAŁOLETNIEGO PACJENTA (Zgoda równoległa)

Ja, niżej podpisany/a, po ukończeniu 16. roku życia, wyrażam świadomą zgodę na samodzielne wizyty, badania kwalifikacyjne oraz przyjmowanie dawek szczepionki w ramach immunoterapii. Zobowiązuję się do bezwzględnego przestrzegania zaleceń lekarskich, w tym do odczekania wymaganych 30 minut w poczekalni po każdym zastrzyku.

.....
(czytelny podpis małoletniego pacjenta)

