

Ja dolje potpisani:

Ime i prezime

.....

Adresa:

.....

biti roditelj/skrbnik djeteta:

Ime i prezime:

.....

PESEL:.....

U slučaju ozljede ili iznenadne bolesti mog djeteta tijekom boravka u sportskom kampu u Makarskoj, Hrvatska, pristajem na liječnički pregled, dijagnostičke i terapijske postupke, uključujući i one invazivne, u skladu s aktualnim medicinskim spoznajama. Osobito pristajem na hospitalizaciju, laboratorijske i slikovne (radiološke) pretrage i davanje lijekova.

U situaciji kada kašnjenje u liječenju može rezultirati opasnošću po život ili značajnim pogoršanjem zdravlja, pristajem na izvođenje kirurških zahvata u lokalnoj, regionalnoj ili općoj anesteziji.

Ovime ovlašćujem liječnika da odluči o medicinskom liječenju mog djeteta u gore navedenim okolnostima i da potpiše relevantne dokumente koje zahtijevaju pružatelji zdravstvenih usluga u Hrvatskoj.

.....dnia.....

Ja niżej podpisany:

Imię i nazwisko

.....

Adres:

.....

będąc rodzicem/opiekunem dziecka

Imię i nazwisko:

.....

PESEL:.....

W przypadku zaistnienia urazu lub nagłego zachorowania mojego dziecka w czasie pobytu na obozie sportowym w Makarskiej w Chorwacji wyrażam zgodę na badanie lekarskie, wykonanie procedur diagnostycznych i terapeutycznych, w tym inwazyjnych zgodnie z aktualną wiedzą medyczną. W szczególności wyrażam zgodę na hospitalizację, wykonanie badań laboratoryjnych oraz obrazowych (radiologicznych) oraz podanie leków.

W sytuacji, gdy opóźnienie leczenia może spowodować zagrożenia życia lub istotne pogorszenie stanu zdrowia wyrażam zgodę na przeprowadzenie zabiegów operacyjnych w znieczuleniu miejscowym, regionalnym lub ogólnym.

Niniejszym upoważniam lekarza do podejmowania decyzji o sposobie postępowania medycznego w stosunku do mojego dziecka w w/w okolicznościach oraz do podpisywania stosownych dokumentów wymaganych przez podmioty świadczące opiekę medyczną w Chorwacji.

..... dnia.....