**OŚWIADCZENIE**

Dotyczy uczestnictwa ……………………………….……………………… (imię i nazwisko)

w programie „Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów osób
z niepełnosprawnościami” – edycja 2023, prowadzonego przez MSPDION.

1. Oświadczam, że stan mojego/mojego podopiecznego (niepotrzebne skreślić) zdrowia pozwala na uczestnictwo w programie.
2. Wyrażam zgodę na wykonywanie czynności pielęgnacyjnych w ramach usługi opieki wytchnieniowej.
3. Wyrażam zgodę na doraźne podawanie leków bez recepty, m.in. leków przeciwbólowych, przeciwgorączkowych, przeciwbiegunkowych i innych wyszczególnionych w niniejszym upoważnieniu.
4. W sytuacjach niepokojących wyrażam zgodę na wezwanie specjalistycznej opieki medycznej.
5. Wyrażam zgodę na podawanie n/w leków w określonych przeze mnie dawkach
i sposobach podawania leków przez opiekuna. Znam skutki uboczne i niepożądane wynikające z podawania leku, zamieszczone na ulotce informacyjnej dołączonej do leku.
6. Uczestnik programu zażywa stale leki (należy podać dokładną nazwę leków, sposób podawania, czas i ilość leków):

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………..

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

1. Uczestnik programu choruje przewlekle na uczulenia, alergie, epilepsja: tak/nie (jeśli tak należy opisać jak wygląda atak i kiedy najczęściej występuje, sposób podawania wlewki (dawka) lub inne:

.………………………………………………………………………….………………

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

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

……………………………-……………………………

data czytelny podpis