

Racibórz, dnia

ZGODA NA UDZIELENIE POMOCY MEDYCZNEJ

Ja, niżej podpisany/a
(imię i nazwisko opiekuna osoby niepełnosprawnej lub opiekuna prawnego),

wyrażam zgodę na udzielenie mojemu podopiecznemu niezbędnej pomocy medycznej w sytuacjach zagrożenia zdrowia i życia oraz w codziennej opiece zdrowotnej podczas pobytu całodobowego w ramach programu „Opieka Wytchnieniowa” – edycja 2026.

Zakres udzielanej pomocy medycznej:

1. Wezwanie służb ratunkowych – zgadzam się na natychmiastowe wezwanie karetki pogotowia ratunkowego w przypadku nagłego pogorszenia stanu zdrowia lub sytuacji zagrażających życiu.
2. Pierwsza pomoc – wyrażam zgodę na udzielenie podstawowej pierwszej pomocy przez personel DPS do czasu przybycia pogotowia ratunkowego lub lekarza.
3. Podawanie leków – zgadzam się na nadzielenie i podawanie leków przepisanych przez lekarza prowadzącego, zarówno tych przyjmowanych regularnie, jak i doraźnie w przypadku nagłej potrzeby.
4. Pielęgnacja – wyrażam zgodę na wykonywanie przez opiekuna pełniącego dyżur na poniższe czynności:
 - Pomiar temperatury, ciśnienia, poziomu cukru we krwi,
 - Zakładanie i zmianę opatrunków.
5. Udostępnienie informacji medycznych – wyrażam zgodę na przekazywanie istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia mojego podopiecznego lekarzom, ratownikom medycznym i innym uprawnionym osobom w celu zapewnienia skutecznej opieki medycznej.

Oświadczam, że zgoda ta jest udzielona dobrowolnie i świadomie, w trosce o zdrowie i bezpieczeństwo. Rozumiem, że w przypadku odmowy udzielenia zgody na określone czynności medyczne, personel DPS może nie być w stanie zapewnić pełnej opieki w sytuacjach nagłych.

Podpis osoby wyrażającej zgodę:

.....