

Zgoda na zabiegi elektrostymulacji aparatem Ecostim54

Informacje o stanie zdrowia dziecka

Imię i nazwisko dziecka:

PESEL:

1. Czy dziecko przebyło zabiegi operacyjne? Jakiej? Kiedy?

.....

2. Czy dziecko ma wszczepiony:

- ☐ Rozrusznik serca: TAK / NIE
- ☐ Endoprotezę: TAK / NIE
- ☐ Implant ślimakowy: TAK / NIE

3. Czy dziecko ma rozpoznaną chorobę nowotworową? TAK / NIE

4. Czy dziecko choruje na epilepsję? TAK / NIE

5. Czy dziecko ma egzemę, alergię, AZS lub inne zmiany skórne? TAK / NIE

6. Leki zażywane przez dziecko:

.....

7. Inne uwagi dotyczące stanu zdrowia:

.....

Zgoda na terapię

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie terapii elektrostymulacji aparatem Ecostim54.

Oświadczam, że przekazałam/przekazałem pełne i zgodne z prawdą informacje dotyczące stanu zdrowia mojego dziecka oraz zapoznałam/zapoznałem się z zasadami i wytycznymi dotyczącymi terapii.

Terapia będzie odbywać się w Przedszkolu Publicznym nr 2 z Oddziałami Integracyjnymi i Oddziałem Specjalnym w Dzierżoniowie.

Data i podpis: