................. dnia .................... 20..... r.

**Sąd Rejonowy w**

**Wydział Rodzinny i Nieletnich**

Na podstawie art. 34 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty w związku z art. 17 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta uprzejmie proszę o podjęcie stosownych działań przez Sąd Opiekuńczy celem wydania zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych w Zakładzie Opiekuńczo - Leczniczym Pani / Panu/Pani\*\* .................................................... …..............PESEL ......................…....

Pani/Pan............................................................................................ ma .............................. lat. Na podstawie postępowania diagnostycznego ustalono, że Pacjent cierpi na.....................................................................................................….........................................................................................................................................................................................................................................................................W stanie, w jakim znajduje się Pacjent/ka, konieczna jest wdrożenie leczenia polegające na:

1. umieszczenie pacjentki w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym
2. zgody na udzielenie świadczeń w ZOL-u polegających na kontynuacji leczenia, diagnostyki i pielęgnacji polegającej na:

O  - kompleksowa opieka pielęgniarska

O   - wkłucie dożylne

O   - pobieranie krwi do badań

O   - podawanie leków doustnych

O  - podawanie leków dożylnych i domięśniowych

O  - przetaczanie dożylne płynów

O  - podawanie leków doodbytniczo

O  - założenie cewnika dopęcherzowego

O   - założenie sondy dożołądkowej

O  - wykonanie gastrostomii celem odżywiania i podaży płynów.

Zaniechanie leczenia może spowodować śmierć / trwałą dysfunkcję polegającą na\*\*:

O    - Narastaniu objawów niewydolności nerek i serca

O   - Nawracających infekcji

O   -Postępujących zmian skórnych o charakterze odleżyn

O   - niedożywienie

O  - inne........................................................................................

 Pacjent zdradza objawy znacznej dysfunkcji psychicznej do tego stopnia, że kontakt z nim jest praktycznie wyłączony / pacjent jest nieprzytomny i niezdolny do wyrażenia zgody, a planowane działanie nie jest działaniem ratującym życie według stanu z chwili kierowania wniosku.**\*\***

Nie posiada przedstawiciela ustawowego

Z wagi na fakt, że leczenie i dalsza opieka pielęgniarska powinna zostać podjęta w najkrótszym czasie, uprzejmie proszę o podjęcie stosownych czynności w najkrótszym terminie.

**Zał. Zaświadczenie lekarza leczącego**

**Zaświadczenie lekarza psychiatry/neurologa**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\***   Sądem właściwym jest sąd, w którego okręgu ma zostać udzielone świadczenie, czyli sąd właściwy dla miejsca udzielenia świadczenia.

**\*\***  Należy wybrać właściwe sformułowania.

……………………………………………………………………

podpis lekarza