**ZGODA MATKI**

Świadomie wyrażam zgodę na leczenie w tutejszym oddziale mojego dziecka

tj. ……………………………………………………………………………………………….  
 (imię i nazwisko dziecka)

urodzonego dnia ………………………………………………………………………………  
 (data urodzenia dziecka)

w pełni poinformowana o stanie klinicznym noworodka i konieczności podania **antybiotyku** po uprzednim pobraniu posiewu krwi.

…………………………………… ……………………………………….  
 (data) (podpis matki noworodka)

**ZGODA MATKI**

Świadomie wyrażam zgodę na wykonanie następujących zabiegów

profilaktyczno-diagnostycznych u mojego dziecka tj. ……………………………………

”….” ……………………………………………………………………………………………

urodzonego dnia ……………………………… 2018r. o godz. …………………………..

- podanie i. m. Vitaminy ”K”,

- podanie doustnie Vitaminy D3,

- pobranie testów przesiewowych na : hipotyreozę, fenyloketonurię, mukowiscydozę i inne,

- badania : mikrobiologiczne, hematologiczne i biochemiczne,

- szczepienia : s.c. BCG oraz i. m. WZW B

Uzyskałam zrozumiałą informację na temat w/w zabiegów.

…………………………………………  
(data i podpis Matki noworodka)

……………………………………………………  
 (pieczątka i podpis lekarza)