Stowarzyszenie APETYT na życie

ŻYWIENIE DOJELITOWE

.....
(data wystawienia)

ZAŚWIADCZENIE MEDYCZNE

Niniejszym zaświadczam, że mój(a) Pacjent(ka) Pan/Pani....., urodzony(a) w dniu ....., seria i numer paszportu ....., PESEL ....., wymaga specjalnej formy wymaga specjalnej formy żywienia dojelitowego **do podtrzymania funkcji życiowych organizmu**.

Ta terapia polega na stałym podawaniu diet drogą dojelitową (przez założony sztuczny dostęp do przewodu pokarmowego) i wymaga posiadania podczas podróży różnej kombinacji wyszczególnionych poniżej elementów składowych:

- gotowych mieszanin odżywczych/diet przemysłowych,
- strzykawek i igieł,
- pompy infuzyjnej i zestawów do podaży kroplówek itp.,
- zapasowego zgłębnika/przetoki odżywczej,
- środków dezynfekujących itp. koniecznych do utrzymania sterylności dostępu dojelitowego.

Ze względu na specyfikę leczenia żywieniowego jak również utrudnioną dostępność powyższych elementów poza miejscem zamieszkania i leczenia, zwracam się z prośbą o zgodę na zabranie ich jako bagażu mojego Pacjenta. W innym wypadku nie będzie on mógł opuścić swojego miejsca zamieszkania.

W przypadku dodatkowych pytań proszę o kontakt pod numerem telefonu .....
(numer telefonu)

Z poważaniem,

.....
(pieczątka i podpis lekarza)

Stowarzyszenie "Apetyt na Życie"
Al.Daszyńskiego 22, 31-534 Kraków
tel. (+48 12) 294 38 50
e-mail info@ApetytNaZycie.org
www.ApetytNaZycie.org
fb.com/ApetytNaZycie
NIP 513 023 20 07
KRS 0000409039