

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT
NŐI TEJ ALKALMAZÁSÁHOZ
a Csecsemő-és Gyermekgyógyászati Osztályon

Alulírott,

Név:

Születési hely, idő:

Anyja neve:

Lakcíme:

beleegyezem és kérem,

hogy gyermekem (név) a kórházi kezelése alatt pasztörizált női tejet kaphasson a higiénés és szakmai szabályok betartása mellett. A női tej az Anyatejgyűjtő Állomásról kerül megrendelésre és szabályszerű kiszállításra a gyermekem nevére.

A női tej alkalmazásáról szakmai tájékoztatást kaptam és azt megértettem.

A női tej alkalmazását gyermekemnél az átadás-átvételi nyilatkozaton aláírásommal igazolom.

Hozzájárulok ahhoz, hogy a jelen nyilatkozattal összefüggésben megadott személyes adataimat és gyermekem személyes adatait a Markusovszky Egyetemi Oktatókórház a vonatkozó adatvédelmi jogszabályoknak megfelelően kezelje.

Szombathely, 20... ..

.....

anya aláírása