



SZPITAL KLINICZNY
IM. KAROLA JONSCHERA
Uniwersytetu Medycznego
im. Karola Marcinkowskiego
W POZNANIU

QD-10/QPO-047

**Oświadczenie opiekuna o braku zgody na zgłoszenie faktu
zażycia alkoholu przez dziecko/ pacjenta**

Wydanie 1 z dnia 22.10.2024

Poznań, dn.

Ja,, niżej podpisana/-y, matka/ ojciec
..... (imię i nazwisko pacjenta), urodzonej
..... Nie wyrażam zgody na zgłoszenie do Sądu Rodzinnego faktu spożycia
alkoholu przez moje dziecko (imię i nazwisko pacjenta),
hospitalizowanej/-ego na Oddziale
Szpitala Klinicznego im. K. Jonschera UM w Poznaniu.

Oświadczam, że fakt spożycia alkoholu przez moje dziecko miał charakter incydentalny.
Zostałam/-em poinformowany przez psychologa Szpitala o standardach ochrony małoletnich
obowiązujących w Szpitalu. Świadomie rezygnuję ze zgłoszenia powyższego faktu i zobowiązuję
się do podjęcia działań wychowawczych i terapeutycznych we własnym zakresie. Nie domagam
się udzielenia dalszych wyjaśnień, rozumięłam przedstawię powyższe informacje i konsekwencje
mojej decyzji.

.....
Podpis opiekuna/ opiekunów

.....
Podpis dwóch członków personelu medycznego