

.....
miejsowość, data

OŚWIADCZENIE

Ja, (*imię i nazwisko*),
legitymująca się dowodem osobistym (*seria i numer dowodu*),
NIE WYRAŻAM ZGODY NA IZOLOWANIE MNIE OD DZIECKA PO PORODZIE w
przypadku potwierdzenia u mnie pozytywnego wyniku testu w kierunku COVID-19
lub w czasie oczekiwania na wynik.

Jestem świadoma zagrożeń wynikających z mojej decyzji i biorę za nie odpowiedzialność.

Swoją decyzję opieram na oficjalnym stanowisku Ministerstwa Zdrowia z dnia 29.09.2020 roku
w sprawie zaleceń dotyczących sposobu postępowania w związku z aktualną sytuacją
epidemiologiczną w przypadku noworodków matek zakażonych lub z podejrzeniem
COVID - 19.

Zależy mi na podjęciu próby karmienia piersią, kontakcie skóra do skóry oraz sprawowaniu
bezpośredniej opieki nad dzieckiem w szpitalu.

.....
data i czytelny podpis