………………….*[miejscowość], ………………………..[data]*

**OŚWIADCZENIE**

**(decyzja matki)**

Na podstawie Zalecenia Ministerstwa Zdrowia opracowanego przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie neonatologii oraz Prezesa Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego dotyczącego sposobu postępowania w związku z aktualną sytuacją epidemiologiczną w przypadku noworodków matek zakażonych lub z podejrzeniem COVID-19 wydanego w dniu 29 września 2020 r.(dalej „Zalecenia”) niniejszym ja, ………………………..…………………………………….. *[imię i nazwisko],* legitymująca się dowodem osobistym .................................................. *[seria i numer dowodu*], potwierdzam, iż po udzieleniu mi przez personel medyczny informacji o korzyściach i zagrożeniach wynikających zarówno z zachowania kontaktu „skóra do skóry” i stałego przebywania z dzieckiem lub izolacji w oddzielnym pomieszczeniu z zachowaniem laktacji, jednoznacznie wskazuje, iż:

1. **nie wyrażam zgody na izolowanie mnie od mojego dziecka/dzieci po porodzie** – aniw przypadku potwierdzenia u mnie pozytywnego wyniku testu na COVID-19 ani w czasie oczekiwania na taki wynik;
2. zależy mi na kontakcie „skóra do skóry”;
3. chcę podjąć próbę karmienia piersią;
4. **jeśli stan zdrowia mojego dziecka będzie na to pozwalał, żądam wypisania go ze szpitala w dniu mojego wypisu**;
5. jestem świadoma zagrożeń wynikających z mojej decyzji.

…………………………………………….

*[data oraz czytelny podpis]*