



Nyilatkozat

Tudomásul veszem, hogy a szoptatási tanácsadáshoz szükséges az anya mellének és a csecsemő szájának szemrevételezése és manuális vizsgálata, a szoptatás megfigyelése és az adatok felvétele, elemzése.

Erre engedélyt adok a szoptatási tanácsadónak.

A szoptatási tanácsadó által feltett kérdésekre, melyek a saját és a baba egészségi állapotára vonatkoznak, legjobb tudásom szerint válaszolok.

A laktációs szaktanácsadó segít a mellre helyezésben, szükség esetén a fejszben, bemutatja az alternatív táplálási módokat és a szoptatási segédeszközök használatát.

Szükség esetén személyesen is felveszi a kapcsolatot a család gyermekorvosával, védőnőjével és/vagy egyéb szakemberrel, számukra minden esetben írásos értesítést hagy. A szoptatási tanácsadó által a helyszínen megírt, vagy a látogatást követően e-mailben küldött értesítő tartalmazza a helyzet összefoglalását és a szakmai javaslatokat. Vállalom, hogy ezen értesítőt a fentebb említett szakembereknek megmutatom.

Tudomásul veszem, hogy a laktációs szaktanácsadó orvosi tanácsot nem ad, a szoptatási tanácsadás nem helyettesíti az orvosi vizsgálatot.

Az édesanya joga, hogy gyermekével kapcsolatban informált döntést hozzon, azonban a szoptatási tanácsadó javaslatainak be nem tartásából fakadó problémákért a szoptatási tanácsadó nem vállal felelősséget.

Hozzájárulok, hogy a tanácsadáson laktációs szaktanácsadó hallgató részt vegyen:
IGEN/NEM

Vállalom a látogatási díj kifizetését.

A személyes találkozót követően az ingyenes, telefonos, e-mailes egyeztetés lehetőségéről tudok, ha szükségét érzem, élek vele.

A laktációs szaktanácsadó a tudomására jutott személyes adatokat és információkat bizalmasan kezeli.

Dátum:

Anya aláírása

Szoptatási tanácsadó aláírása