

Bildungs- und Präventionsprogramm für den plötzlichen Kindstod (Sudden Infant Death Syndrome/SIDS) in Pennsylvania
Freiwillige Anerkennungserklärung

Anweisungen für Krankenhäuser/Geburtshäuser/Ärzte: Füllen Sie für jede Familie zwei Formulare aus, und zwar vor der Entlassung aus dem Krankenhaus bzw. nach der Geburt des/der Neugeborenen bei Familien, die außerhalb eines Krankenhauses oder Geburtshauses entbinden. Informieren Sie die Eltern über den plötzlichen Kindstod und Präventionsmaßnahmen. Bitten Sie die Eltern, dieses Formular freiwillig zu unterschreiben und damit zu bestätigen, dass sie die Informationen über den plötzlichen Kindstod und die Präventionsmaßnahmen erhalten, gelesen und verstanden haben. Geben Sie den Eltern eine Kopie des unterzeichneten Formulars und bewahren Sie eine Kopie in der Krankenakte auf.

Auszufüllen durch das Krankenhaus/das Geburtshaus/den behandelnden Arzt:

NAME DES KRANKENHAUSES: _____

GESETZLICHER NAME DES KINDES: _____

GEBURTSDATUM: _____ GESCHLECHT: M W

Eltern, die über das plötzliche Kindstod-Syndrom informiert wurden, einschließlich Broschüre, DATUM: _____

HINWEISE:

Auszufüllen von einem Elternteil, Stiefelternteil, Adoptivelternteil, Erziehungsberechtigten oder gesetzlichen Vormund:

Elternteil: Das Krankenhaus hat mir Informationen über den plötzlichen Kindstod (Sudden Infant Death Syndrome/SIDS) und den sicheren Schlaf von Säuglingen gegeben. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die SIDS-Informationen erhalten, gelesen und verstanden habe.

UNTERSCHRIFT, MUTTER: _____ VERWEIGERT DATUM: _____

UNTERSCHRIFT, VATER: _____ VERWEIGERT DATUM: _____

UNTERSCHRIFT, SONSTIGE: _____ VERWEIGERT DATUM: _____

(Stiefelternteil, Adoptivelternteil, Erziehungsberechtigter, gesetzlicher Vormund)

Dieses Formular und die beigefügten Informationen werden in Übereinstimmung mit Gesetz 73 von 2010 bereitgestellt.