



## Deklaracja przystąpienia do Akcji „Szpital przyjazny Kangurom”

Nazwa i adres podmiotu wykonującego działalność leczniczą:

--

Osoba kontaktowa ze strony szpitala:

Imię i nazwisko:
Stanowisko:
Adres email:
Telefon:

Prosimy o zaznaczenie odpowiedzi TAK lub NIE w poniżej tabeli za pomocą znaku „X”.

Pytania:	TAK	NIE
Czy popieracie Państwo inicjatywę Akcji „Szpital przyjazny Kangurom”:		
Czy w szpitalu personel medyczny zachęca każdą matkę i ojca do kangurowania po porodzie drogami natury jak i po cięciu cesarskim:		
Czy szpital ma zorganizowane miejsce do kangurowania dla ojców po cięciu cesarskim oraz spełnia wymagania dotyczące miejsca do kangurowania zgodnie z Regulaminem Akcji „Szpital Przyjazny Kangurom”:  Prosimy opisać, w jakim miejscu w ramach struktury szpitala zorganizowane jest kangurowanie i pod czym nadzorem: 1. Miejsce (np. blok operacyjny, oddział położniczy): ..... .....		

2. Nadzór (np. położna bloku porodowego, położna noworodkowa): ..... .....		
Czy personel medyczny szpitala sprawujący opiekę nad kobietą i dzieckiem jest przeszkolony z zakresu kangurowania:		
Czy szpital prowadzi dokumentację medyczną z zakresu kangurowania (odnotowanie w książeczce zdrowia dziecka – rozdział V, punkt 11):		
Czy szpital wyraża zgodę na przystąpienie do Akcji „Szpital przyjazny Kangurom”, umieszczenie nazwy, logo szpitala na stronie internetowej Kampanii „Rodzice Kangury” ( <a href="http://www.rodzicekangury.pl">www.rodzicekangury.pl</a> ) oraz na profilach społecznościowych Kampanii (np. FB):		
Czy szpital zapoznał się z Regulaminem Akcji „Szpital przyjazny Kangurom”:		
Czy szpital zobowiązuje się umieścić w widocznym miejscu na terenie szpitala certyfikat „Szpital przyjazny Kangurom”:		
Czy szpital wyraża zgodę na umieszczenie logo Kampanii „Rodzice Kangury” na swojej stronie internetowej wraz z przekierowaniem na stronę internetową Kampanii ( <a href="http://www.rodzicekangury.pl">www.rodzicekangury.pl</a> ):		
Czy szpital wyraża zgodę na otrzymywanie od organizatora kampanii materiałów informacyjnych oraz reklamowych dotyczących kangurowania lub produktów ułatwiających kangurowanie:		

**Osoby reprezentująca podmiot wykonujący działalność leczniczą:**

Imię i nazwisko:	Pieczętka podmiotu leczniczego:
Podpis:	

**Wypełnioną i zeskanowaną Deklarację prosimy o przesłanie emailem na adres: [biuro@rodzicekangury.pl](mailto:biuro@rodzicekangury.pl)**

W przypadku jakichkolwiek pytań prosimy o kontakt z koordynatorem Kampanii „Rodzice Kangury”: Justyna Morgaś (email: [biuro@rodzicekangury.pl](mailto:biuro@rodzicekangury.pl) tel. + 48 606 896 121).