

## PLAN WSPARCIA DZIECKA

**1. Dane dziecka**

- Imię i nazwisko małoletniego pacjenta.....
- Wiek.....

**2. Samopoczucie/Obrażenia:**

.....  
.....

**3. Data i opis zdarzenia, w wyniku którego doznana została krzywda**

.....  
.....

**4. Ustalone źródło zagrożenia/krzywdzenia (opiekun lub inna osoba dorosła, personel, inne dziecko)**

.....  
.....  
.....  
.....

**5. Określenie czy istnieje zagrożenie w związku z wypisem dziecka ze szpitala**

.....  
.....  
.....  
.....

**6. Określenie konieczności izolacji dziecka od sprawców krzywdzenia**

.....  
.....  
.....  
.....

**7. Ocena możliwości wsparcia dziecka w ramach świadczeń zdrowotnych udzielanych przez NZOZ Łużyckie Centrum Medyczne w Lubaniu sp. z o.o.**

.....  
.....  
.....  
.....

**8. Rekomendacje odnośnie skierowania dziecka i/lub jego opiekunów do specjalistycznej placówki pomocy dziecku/rodzinie**

.....  
.....  
.....