

## ZGODA NA LECZENIE DLA OSÓB OD 18 ROKU ŻYCIA

Pacjent Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Wyrażam zgodę na udział :

- w konsultacji psychologicznej
- w terapii psychologicznej/ psychoterapii
- w diagnostyce psychologicznej
- w konsultacji psychiatrycznej

Wyrażam zgodę na kontakt poradni z instytucjami publicznymi w razie zaistniałej potrzeby.

Wyrażam zgodę na przeprowadzanie sesji koordynacji, konsyliów i superwizji.

.....  
Data i czytelny podpis pełnoletniego pacjenta