

ZGODA NA LECZENIE

Rodzic/opiekun ustawowy Imię i nazwisko:

PESEL lub dokument tożsamości:

Pacjent Imię i nazwisko:

PESEL:

Stosunek przedstawiciela ustawowego do małoletniego (np.ojciec,matka) :

.....

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka:

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

Jednocześnie potwierdzam, że zostałem poinformowany o fakcie, że prowadzenie powyższych działań psychologicznych i terapeutycznych u dziecka niepełnoletniego, lecz powyżej 16 roku życia, jak i dziecka poniżej 18 roku życia wymaga również jego zgody.

Oświadczam, że na dzień nie mam wiedzy na temat braku zgody na proces leczenia wyrażonej przez ojca/matkę dziecka.

Zobowiązuję się niezwłocznie do poinformowania w razie zmiany stanowiska ojca/matki wobec leczenia.

Oświadczam, że nie jestem pozbawiony/a praw rodzicielskich, nie mam organicznych praw rodzicielskich. Zobowiązuję się do poinformowania w razie gdyby w.w. uległo zmianie.

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 rodzica/opiekuna prawnego składającego oświadczenie