



**ZGODA RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
MAŁOLETNIEMU ŚWIADCZENIOBIORCY W CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO DLA DZIECI
I MŁODZIEŻY – PORADNIA ZDROWIA PSYCHICZNEGO – II POZIOM REFERENCYJNY**

PACJENT:

IMIĘ I NAZWISKO

PESEL

ADRES ZAMIESZKANIA

RODZIC / OPIEKUN PRAWNY I:

IMIĘ I NAZWISKO

PESEL

ADRES ZAMIESZKANIA

TELEFON

RODZIC / OPIEKUN PRAWNY II:

IMIĘ I NAZWISKO

PESEL

ADRES ZAMIESZKANIA

TELEFON

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka/podopiecznego w: poradach lekarskich diagnostycznych/terapeutycznych/kontrolnych udzielanych przez lekarza psychiatrę, poradach diagnostycznych psychologicznych, sesjach psychoterapii indywidualnej/grupowej/rodzinnej, sesjach wsparcia psychospołecznego, wizytach/poradach domowych lub środowiskowych, programie terapeutyczno-rehabilitacyjnym dla osób z całościowymi zaburzeniami rozwoju, poradach kompleksowo konsultacyjnych dla osób z autyzmem dziecięcym, jak również akceptuję, że udział mojego dziecka/podopiecznego w w/w procesie terapii wiąże się z uzyskiwaniem i udzielaniem informacji dot. stanu zdrowia oraz ustalaniem planu leczenia mojego dziecka/podopiecznego podczas superwizji procesu psychoterapeutycznego, sesji koordynacji i konsyliów z pracownikami/świadczenicodawcami, podmiotami ochrony systemu zdrowia, oświaty, pomocy społecznej oraz innymi osobami i wyrażam na to zgodę. Jednocześnie potwierdzam, że zostałem poinformowany, że prowadzenie działań psychologicznych, terapeutycznych i psychiatrycznych u dziecka/podopiecznego powyżej 16 r.ż. wymaga również jego/jej zgody.

.....
DATA PODPIS RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO I PODPIS RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO II



Wyrażam zgodę na swój udział w: poradach lekarskich diagnostycznych/ terapeutycznych/kontrolnych udzielanych przez lekarza psychiatrę, poradach diagnostycznych psychologicznych, sesjach psychoterapii indywidualnej/grupowej/rodzinnej, sesjach wsparcia psychospołecznego, wizytach/poradach domowych lub środowiskowych, programie terapeutyczno-rehabilitacyjnym dla osób z całościowymi zaburzeniami rozwoju, poradach kompleksowo konsultacyjnych dla osób z autyzmem dziecięcym jak również akceptuję, że mój udział w/w procesie terapii wiąże się z uzyskiwaniem i udzielaniem informacji dot. mojego stanu zdrowia podczas superwizji procesu psychoterapeutycznego, sesji koordynacji i konsyliów z innymi pracownikami/ świadczeniodawcami, podmiotami ochrony systemu zdrowia, oświaty, pomocy społecznej oraz innym odpowiednimi osobami i wyrażam na to zgodę.

.....
(DATA, CZYTELNY PODPIS PACJENTA 16 +)