



**ZGODA RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH  
MAŁOLETNIEMU ŚWIADCZENIOBIORCY W PORADNI LOGOPEDYCZNEJ**

**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 świadczeniach logopedycznych udzielanych przez logopedę, jak również akceptuję, że udział mojego dziecka/podopiecznego w w/w procesie terapii wiąże się z uzyskiwaniem i udzielaniem informacji dot. stanu zdrowia oraz planu leczenia mojego dziecka/podopiecznego podczas sesji koordynacji i konsyliów z pracownikami/świadczeniodawcami, podmiotami ochrony systemu zdrowia, oświaty, pomocy społecznej oraz innymi osobami i wyrażam na to zgodę. Jednocześnie potwierdzam, że zostałem poinformowany, że udzielanie świadczeń 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 świadczeniach logopedycznych udzielanych przez logopedę, jak również akceptuję, że mój udział w/w procesie terapii wiąże się z uzyskiwaniem i udzielaniem informacji dot. mojego stanu zdrowia podczas 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 +)**