

**Centrum Psychologii Zdrowia
DORMED**
48-303 Nysa, Czarnieckiego 4A
77/427 10 85,882 096 660
e-mail:dormed.nysa@interia.pl

Nysa , dnia.....

Oświadczenie

Oświadczam, że wyrażam zgodę na kontakt terapeuty prowadzącego z innymi podmiotami (poz, pielęgniarka szkolna, osoby udzielające pomocy psychologiczno-pedagogicznej w jednostkach oświaty lub pomocy społecznej oraz asystent rodziny i pracownik socjalny) udzielającymi świadczeń mojemu małoletniemu synowi/córcie w celu koordynacji prowadzonych działań.

Zgoda Zastępcza

(zgoda udzielana w przypadku, kiedy Pacjenta jest małoletni(**do 16 roku życia**)lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody(osoba ubezwłasnowolniona) i nie może samodzielnie decydować o swoim leczeniu. W takim przypadku zgoda może być wyrażana wyłącznie przez przedstawiciela ustawowego lub sąd opiekuńczy)

.....
(czytelny podpis Rodzica/Opiekuna)

Zgoda Równoległa

(zgoda udzielana równoległe przez Pacjenta i przedstawiciela ustawowego lub sąd opiekuńczy w przypadku gdy Pacjent ma **ukończone 16 lat** lub jest ubezwłasnowolniony, ale zdolny wypowiedzieć się w sprawie udzielenia mu świadczenia zdrowotnego)

.....
(czytelny podpis Pacjenta)

.....
(czytelny podpis Rodzica/Opiekuna)

Dane rodzica, opiekuna, kuratora w przypadku zgody Zastępczej lub Równoległej:

.....
(Imię, Nazwisko, Pesel)

.....
(Adres)

.....
(nr telefonu, mail)