

**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 mi świadczeń w celu koordynacji prowadzonych działań.

Zgoda Własna Pacjenta

(zgoda wyrażana przez samego Pacjenta we własnym imieniu (powyżej 18 roku życia))

.....

(czytelny podpis Pacjenta)

Dane Pacjenta w przypadku zgody Własnej Pacjenta:

.....

(Imię, Nazwisko, Pesel)

.....

(Adres)

.....

(nr telefonu, mail)