

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

Nysa , dnia.....

**ZGODA PACJENTA NA ŚWIADCZENIE TERAPEUTYCZNE**

**Pacjent:**

**Imię i Nazwisko.....**

**Adres Zamieszkania.....**

**PESEL.....Tel./email.....**

**Zgoda Własna Pacjenta**

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

.....  
(czytelny podpis Pacjenta)

**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 równolegle 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, nr telefonu.