



ZGODA RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH MAŁOLETNIEMU ŚWIADCZENIOBIORCY

PACJENT:

IMIĘ I NAZWISKO

PESEL

ADRES ZAMIESZKANIA

RODZIC / OPIEKUN PRAWNY 1

IMIĘ I NAZWISKO

PESEL

ADRES ZAMIESZKANIA

TELEFON.....

RODZIC / OPIEKUN PRAWNY 2

IMIĘ I NAZWISKO

PESEL

ADRES ZAMIESZKANIA

TELEFON.....

WYPEŁNIA I PODPISUJE RODZIC / OPIEKUN PRAWNY:

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka/podopiecznego w: poradach diagnostycznych/psychologicznych, sesjach psychoterapii indywidualnej/grupowej/rodzinnej, sesjach wsparcia psychospołecznego, wizytach/poradach domowych lub środowiskowych, jak również akceptuję, że udział mojego dziecka/podopiecznego w/w procesie terapii wiąże się z uzyskiwaniem i udzielaniem informacji dot. stanu zdrowia 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 prowadzenie działań psychologicznych, terapeutycznych i psychiatrycznych u dziecka/podopiecznego powyżej 16 r.ż. wymaga również jego/jej zgody.

DATA, CZYTELNY PODPIS RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO

WYPEŁNIA I PODPISUJE PACJENT POWYŻEJ 16 R.Ż.

Wyrażam zgodę na swój udział w: poradach diagnostycznych/psychologicznych, sesjach psychoterapii indywidualnej/grupowej/rodzinnej, sesjach wsparcia psychospołecznego, wizytach/poradach domowych lub środowiskowych, 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 innymi odpowiednimi osobami i wyrażam na to zgodę.

DATA, CZYTELNY PODPIS PACJENTA

OŚRODEK ŚRODOWISKOWEJ OPIEKI PSYCHOLOGICZNEJ
I PSYCHOTERAPEUTYCZNEJ DLA DZIECI I MŁODZIEŻY
CM UNIMED sp. z o.o.

ul. Młodej Polski 7, 30-131 Kraków
tel. (0048) 12 637 08 49 fax (0048) 12 415 81 12
OŚRODEK ŚRODOWISKOWEJ OPIEKI PSYCHOLOGICZNEJ
I PSYCHOTERAPEUTYCZNEJ DLA DZIECI I MŁODZIEŻY
e-mail: rejestracja@unimed-nzoz.pl
www.unimed-nzoz.pl

Rejestr Przedsiębiorców przy Sądzie Rejonowym dla Krakowa – Śródmieście, Wydział XI Gospodarczy
ul. Młodej Polski 7, 30-131 Kraków
tel. (0048) 12 637 08 49 fax (0048) 12 415 81 12
KRS 0000183872, kapitał zakładowy 100.050 zł
e-mail: rejestracja@unimed-nzoz.pl