



FORMULARZ ZGODY OPIEKUNA PRAWNEGO/RODZICA PACJENTA

na kontakt psychologa/terapeuty z lekarzem

Imię i nazwisko pacjenta:

.....

PESEL:.....

Imię i nazwisko opiekuna prawnego/rodzica pacjenta:

.....

PESEL:.....

Ja niżej podpisany(a) wyrażam zgodę na kontakt zespołu terapeutycznego Ośrodka Środowiskowej Opieki

Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży CBT

z lekarzem/terapeutą/kuratorem:

(imię i nazwisko specjalisty)

w celu uzyskania informacji dotyczących funkcjonowania pacjenta niezbędnych do przeprowadzenia diagnozy/zaproponowanych mi przez zespół oddziaływań pomocowych/terapeutycznych.

Dane teleadresowe placówki:

.....

.....

Nr. telefonu:

Adres e-mail:

.....

(Miejscowość i data)

.....

(Podpis rodzica / opiekuna prawnego)

.....

(Podpis pacjenta jeśli ma ukończone 16-lat)