

Formularz świadomej zgody rodzica/opiekuna prawnego na udział dziecka  
w konsultacji psychologicznej/ w terapii psychologicznej w Grapa Medica

Rodzic/opiekun ustawowy Imię i nazwisko .....

PESEL lub dokument tożsamości .....

Pacjent Imię i nazwisko:.....PESEL .....

Stosunek przedstawiciela ustawowego do małoletniego (np. ojciec, matka) .....

**1. Wypełnia i podpisuje rodzic/opiekun prawny:**

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka/mojego:

w konsultacji psychologicznej

w terapii psychologicznej

Jednocześnie potwierdzam, że zostałem poinformowany o fakcie, że prowadzenie powyższych działań psychologicznych i terapeutycznych u dziecka niepełnoletniego, lecz powyżej 16 roku życia, jak i dziecka poniżej 18 roku życia wymaga również jego zgody.

.....  
*Data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego składającego oświadczenie*

**2. Wypełnia i podpisuje pacjent (jeśli dotyczy):**

Wyrażam zgodę na udział

w konsultacji psychologicznej

w terapii psychologicznej w Grapa Medica

.....  
*Data i czytelny podpis pacjenta składającego oświadczenie*

.....  
*Data i czytelny podpis psychologa przyjmującego oświadczenie*