

**Zgoda przedstawiciela ustawowego na udzielenie świadczenia zdrowotnego w postaci
konsultacji psychologicznej (terapeutycznej)/psychiatrycznej
Pacjentowi w wieku do 18 roku życia oraz na udzielenie opiekunowi faktycznemu informacji**

Przedstawiciel ustawowy: Imię i nazwisko PESEL

Adres zamieszkania

Pacjent: Imię i nazwisko PESEL

Oświadczam, że wyrażam zgodę na udzielenie świadczenia zdrowotnego w postaci konsultacji psychologicznej (terapeutycznej)/psychiatrycznej wraz z odebraniem recepty na leki zaordynowane w trakcie wizyty/opinii i orzeczenia lekarskiego/zaleceń lekarskich.

☐ jednorazowo w dniu wykonania usługi medycznej dnia

☐ na stałe

☐ nie upoważniam nikogo

Dane osoby upoważnionej

Imię i nazwisko PESEL

Adres zamieszkania Telefon

Oświadczam, że wyrażam zgodę na udzielenie opiekunowi faktycznemu informacji o stanie zdrowia Pacjenta małoletniego, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania lub zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.

☐ Jednocześnie potwierdzam, że zostałem poinformowany o fakcie, że prowadzenie powyższych działań psychologicznych i terapeutycznych u dziecka niepełnoletniego, który ma ukończony 16 rok życia wymagana jest również jego zgody.

☐ Pierwsza wizyta u psychiatry/psychologa poprzedzona jest przedpłatą. Bezpłatne odwołanie lub przeniesienie każdej wizyty (pierwszej i kolejnych) jest możliwe do 24h przed jej terminem.

.....
Data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie (przedstawiciela ustawowego dziecka)

.....
Data i czytelny podpis Pacjenta który ukończył 16 rok życia