

Zgoda przedstawiciela ustawowego na badanie, diagnozę i leczenie dziecka

Podstawa prawna: art. 17 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta; art. 32 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty

Miejscowość

Data

Dane dziecka (pacjenta)

Imię i nazwisko dziecka

PESEL / data urodzenia

Adres zamieszkania

Dane przedstawiciela ustawowego (rodzica / opiekuna prawnego)

Imię i nazwisko

PESEL (lub seria i numer dokumentu tożsamości)

Telefon kontaktowy

Adres e-mail

Oświadczenie o władzy rodzicielskiej

- ☐ Oświadczam, że przysługuje mi pełna władza rodzicielska nad dzieckiem / jestem opiekunem prawnym dziecka (ustanowionym orzeczeniem sądu).
- ☐ Oświadczam, że drugi rodzic: ☐ wyraża zgodę na to świadczenie ☐ nie żyje / jest pozbawiony władzy rodzicielskiej / nie jest znany ☐ nie dotyczy

Zakres zgody

Rodzaj badania / konsultacji / diagnozy (np. ADOS-2) / terapii

Poradnia / specjalista

Placówka: ☐ Pleszew ☐ Środa Wielkopolska

- ☐ Wyrażam zgodę na przeprowadzenie u mojego dziecka wyżej opisanego badania / konsultacji / diagnozy / terapii.
- ☐ Wyrażam zgodę na cykl wizyt terapeutycznych w ramach wyżej wskazanej poradni, do odwołania.
- ☐ Wyrażam zgodę na obecność / udział w zajęciach osób w trakcie szkolenia pod nadzorem specjalisty (opcjonalnie).

Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a o celu, przebiegu, spodziewanych korzyściach i możliwych niedogodnościach świadczenia oraz o możliwości zadawania pytań. Zgodę mogę wycofać w każdym momencie. Dziecko, które ukończyło 16 lat, wyraża zgodę również samodzielnie (zgoda równoległa).

Podpis pacjenta, który ukończył 16 lat (zgoda równoległa): _____

Data i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego

Data, pieczęć i podpis osoby udzielającej świadczenia