

OŚWIADCZENIE ZGODY NA LECZENIE PSYCHIATRYCZNE OSOBY MAŁOLETNIEJ

Ja, niżej podpisany/a:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

będąc rodzicem/opiekunem prawnym małoletniego:

Imię i nazwisko dziecka:

PESEL dziecka:

Data urodzenia:

oświadczam, że wyrażam zgodę na udzielenie świadczeń zdrowotnych
z zakresu psychiatrii mojemu dziecku przez lekarza psychiatrę

.....

imię i nazwisko lekarza

Ponadto oświadczam, że posiadam pełnię władzy rodzicielskiej i brak jest orzeczeń
ograniczających lub wyłączaćcych moje prawa rodzicielskie wobec dziecka.

Niniejsza zgoda obejmuje:

- przeprowadzenie konsultacji psychiatrycznej,
- postawienie diagnozy,
- zaplanowanie i prowadzenie leczenia, w tym w razie potrzeby zastosowanie farmakoterapii

.....
(data i miejscowość)

.....
(podpis rodzica / opiekuna prawnego)