

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:

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

.....

Zgoda obejmuje:

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

Oświadczam, że posiadam pełnię władzy rodzicielskiej i brak jest orzeczeń ograniczających lub wyłączających moje prawa rodzicielskie wobec dziecka.

.....

(data i miejscowość)

.....

(podpis rodzica / opiekuna prawnego)