

Ośrodek Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej
dla Dzieci i Młodzieży w Rawie Mazowieckiej

**FORMULARZ ZGODY OPIEKUNA PRAWNEGO/RODZICA PACJENTA
na kontakt psychologa/psychoterapeuty z lekarzem/terapeutą/kuratorem**

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL:.....

Imię i nazwisko opiekuna prawnego/rodzica pacjenta:

PESEL:.....

Ja niżej podpisany(a) wyrażam zgodę na kontakt zespołu terapeutycznego Ośrodka Środowiskowej
Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży w Rawie Mazowieckiej
z lekarzem/terapeutą/kuratorem:

(imię i nazwisko specjalisty)

w celu uzyskania informacji dotyczących funkcjonowania pacjenta niezbędnych do przeprowadzenia
diagnozy/zaproponowanych mi przez zespół oddziaływań pomocowych/terapeutycznych.

.....

(Miejscowość i data)

.....

(Podpis rodzica / opiekuna prawnego)

.....

(Podpis pacjenta jeśli ma ukończone 16-lat)