

## 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)