Szczecin, dn.....

DEKLARACJA ZGODY RODZICÓW / OPIEKUNÓW PRAWNYCH

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie koniecznych procedur medycznych u mojej córki/podopiecznej….....ur.....…
w.....zamieszkałej .....
w zakresie:

- Badań i zabiegów przeprowadzonych w razie konieczności w szpitalu (również z użyciem środka kontrastowego,znieczulenie miejscowe i ogólne, przetaczanie krwi i środków krwiopochodnych, leczenie stomatologiczne .)
- Zabiegów operacyjnych (w razie konieczności.)
- **Jednocześnie wyrażam zgodę na ambulatoryjne leczenie w Poradni Zdrowia Psychicznego oraz w razie potrzeby leczenie szpitalne w Oddziale Psychiatrii Dzieci i Młodzieży.**
- Podawania leków wg wskazań lekarza
- Swoim podpisem upoważniam pracownika MOW

sprawującego „bezpośrednią" opiekę nad moim dzieckiem/podopieczną do podejmowania decyzji w moim imieniu dotyczących przeprowadzenia koniecznych badań i procedur medycznych u mojej córki/podopiecznej w czasie mojej nieobecności

DEKLARACJA ZGODY OBOWIĄZUJE DO CZASU JEJ PISEMNEGO ODWOŁANIA

Podpis rodzica/opiekuna prawnego:
Nr dowodu osobistego : ….....…….
nr PESEL ….....……...
Podpis.....……...