

Poradnia Leczenia Uzależnień

ZGODA NA INFORMACJĘ O UCZESTNICTWIE W TERAPII

Wyrażam zgodę na informowanie o moim uczestnictwie w terapii (imię,
nazwisko, stopień pokrewieństwa, numer kontaktowy)

1.

2.

ZGODA PACJENTA

Ja niżej podpisany / a
Zgadzam się na udział w sesjach terapeutycznych w w/w Poradni.

ZGODA OPIEKUNA

(dotyczy tylko w przypadku osób niepełnoletnich)

Ja, niżej podpisany / a
Zgadzam się na udział mojego dziecka w sesjach terapeutycznych w w/w Poradni.

Zobowiązuję się zgłaszać na wszystkie ustalone spotkania z terapeutą oraz dbać by moje dziecko nie opuszczało wyznaczonych terminów spotkań terapeutycznych.

Oświadczam, że zostałem/am zapoznany/na z zasadami pracy terapeutycznymi w Poradni oraz zostałem poinformowany/a, iż nie wywiązanie się z powyższych warunków może spowodować skreślenie mojego dziecka z terapii. Wszelkie informacje dotyczące przebiegu terapii będą możliwe do ujawnienia tylko za zgodą pacjenta będącego w procesie terapii. Opiekun ma prawo do informacji o terminach zgłaszania się oraz obecności lub opuszczania sesji przez nieletniego.

podpis osoby

zobowiązującej się

podpis osoby

przyjmującej oświadczenie.....