

**Zgoda opiekuna ustawowego
na samodzielne korzystanie z zabiegów fizjoterapeutycznych
przez pacjenta w wieku pomiędzy 13 a 18 r.ż.**



Dane pacjenta:

Nazwisko i imię pacjenta:

Adres:

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dane opiekuna ustawowego:

Nazwisko i imię:

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Tel.

Stopień pokrewieństwa: Matka Ojciec Opiekun prawny

Imię i Nazwisko drugiego Rodzica*:

Wyrażam zgodę na samodzielne korzystania z zabiegów fizjoterapeutycznych tj.

1.
2.
3.
4.
5.

u wyżej wymienionego dziecka zgodnie z ustalonym planem leczenia podczas wizyty fizjoterapeutycznej

Terminy zabiegów fizjoterapeutycznych stanowią załącznik do niniejszej zgody.

Znane mi są ewentualne zagrożenia i powikłania podczas udzielanych zabiegów. Biorę pełną odpowiedzialność za samodzielne korzystanie z wyżej wymienionych zabiegów przez w/w dziecko.

Wyrażam zgodę na samodzielne opuszczenie przez w/w dziecko Działu Fizjoterapii i budynku Mościckiego Centrum Medycznego sp. z o.o. po zakończeniu zabiegów.

.....
*data i podpis pracownika
przyjmującego oświadczenie*

.....
*data i podpis opiekuna ustawowego
i pacjenta między 16-18 r.ż.*