Sosnowiec, dnia ………………………..

**Oświadczenie rodzica/opiekuna prawnego o możliwości udzielenia świadczenia dziecku małoletniemu poniżej 18 roku życia**1,2,3,4,5

Osoby składające oświadczenie:

1. ………………………………………………………………….., tel. ……………….6

imię i nazwisko ojca

1. ………………………………………………………………......., tel. ……………….6

imię i nazwisko matki

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody7 na udzielenie świadczeń mojemu dziecku

………………………………………………………………………………………….

imię i nazwisko dziecka, wiek

w Poradni Terapii Uzależnień dla Dzieci i Młodzieży w Sosnowieckim Szpitalu Miejskim sp. z o.o., ul. Szpitalna 1, Sosnowiec8

………………………………….. …………………………………….

data i podpis ojca data i podpis matki

1 - w przypadku braku możliwości podpisania oświadczenia przez obojga rodziców, możliwe jest złożenie oświadczenia przez jednego z nich lub wyrażenie zgody zastępczej

2 - o ile jest ustanowiony opiekun prawny, wymagana jest zgoda opiekuna

3 - oświadczenie ma charakter poufny i stanowi element dokumentacji medycznej pacjenta

4 - w sytuacji dziecka powyżej 16 roku życia, wymagana jest także jego zgoda wyrażona bezpośrednio przed udzieleniem świadczenia

5 - w przypadku ograniczenia władzy rodzicielskiej jednego lub obojga rodziców należy postąpić zgodnie z orzeczeniem sądu

6 - wskazany numer telefonu posłuży do ewentualnego kontaktu w sytuacji wymagającej nagłej interwencji, a dziecko wyrazi zgodę na taki kontakt (zgoda dziecka dotyczy tylko osób powyżej 16 roku życia, w pozostałych sytuacjach - kontakt może nastąpić bez takiej zgody)

7 - niewłaściwe skreślić

8 - ewentualne dodatkowe informacje można uzyskać pod numerem telefonu 32/41 30 161, od poniedziałku do piątku w godzinach od 07.00 do 19.00