

Zgoda na diagnozę osoby małoletniej

Imię i nazwisko **dziecka**.....

Adres zamieszkania dziecka.....

Wyrażam zgodę na udział dziecka w procesie diagnostycznym w FASD Point -
badania realizowane przez psychologów, lekarza i innych specjalistów powołanych do zespołu
klinicznego zgodnie z potrzebami diagnostycznymi.

Imię i nazwisko **opiekuna prawnego**.....

Telefon kontaktowy.....

Adres e-mail:.....

Adres zamieszkania opiekuna prawnego.....

Stopień pokrewieństwa opiekuna (proszę zaznaczyć **X** przy właściwym):

- ☐ Matka
- ☐ Ojciec
- ☐ Opiekun prawny wyznaczony przez Sąd (wymagane przedstawienie dokumentu nadającego status prawny)

Inna sytuacja (np. dotycząca pieczy zastępczej – postanowienie Sądu do wglądu).....

.....

Władza rodzicielska opiekuna zgłaszającego dziecko (proszę zaznaczyć **X** przy właściwym):

- ☐ pełna, wyłączna
- ☐ pełna, współdzielona z..... (imię i nazwisko),
..... (telefon)
- ☐ ograniczona w zakresie

i współdzielona z..... (imię i nazwisko)

..... (telefon)

*** Oświadczam, że poinformowałam /-em drugiego opiekuna prawnego, z którym współdzielę władzę rodzicielską o zgłoszeniu dziecka do procesu diagnostycznego w FASD Point.

(*** dotyczy władzy rodzicielskiej pełnej współdzielonej lub niepełnej współdzielonej).

Oświadczam, że zostałam /-em poinformowana /-ny o zasadach i etapach procesu diagnostycznego w FASD Point.

.....
Data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego

.....
Data i czytelny podpis opiekuna zastępczego

(gdy jest osobą uprawnioną do decydowania o sprawach zdrowotnych dziecka)

Wyrażam zgodę na anonimowe użycie wyników badań dziecka w celach superwizyjnych oraz naukowo-edukacyjnych.

.....
Data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego

.....
Data i czytelny podpis opiekuna zastępczego

(gdy jest osobą uprawnioną do decydowania o sprawach zdrowotnych dziecka)