

Zgoda osoby w wieku 16 – 18 lat na diagnozę

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Oświadczam, że zostałam/-em poinformowana/-ny przez rodzica/opiekuna prawnego o celu przeprowadzenia diagnozy, jej przebiegu i zakresie planowanych konsultacji oraz zasadach zgodnie z którymi będzie się odbywać: możliwości zadawania pytań, zgłaszania wątpliwości i uzyskania wyjaśnień na każdym etapie procesu diagnostycznego, zasadach poufności oraz ochrony moich danych osobowych, prawie do odmowy udziału w diagnozie lub wycofania zgody na każdym etapie procesu diagnostycznego.

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

Oświadczam, że chcę / nie chcę* zostać poinformowana/-ny o wynikach diagnozy po jej zakończeniu podczas indywidualnego spotkania z psychologami FASD Point.

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

.....
Data i czytelny podpis

*proszę zakreślić właściwe