

Ryszewko, dnia.....

Młodzieżowy Ośrodek Socjoterapii

w Ryszewku

Zgoda rodzica/opiekuna na udzielanie interwencyjnej pomocy medycznej ogólnozdrowotnej

Ja niżej podpisany/a (imię i nazwisko rodzica/ opiekuna prawnego), legitymujący/a się dowodem osobistym (seria i numer) oświadczam, że wyrażam zgodę na udzielenie mojemu synowi/ podopiecznemu (imię i nazwisko dziecka)....., (pesel dziecka) :

1. Pomocy medycznej oraz leczenia w poradniach i oddziałach szpitalnych w tym także leczenia psychiatrycznego;
2. Wyrażam zgodę na hospitalizację mojego dziecka/ podopiecznego;
3. Wyrażam zgodę na konsultację psychiatryczną oraz jego ewentualne leczenie ambulatoryjne.

Jednocześnie upoważniam wychowawców MOS w Ryszewku do udzielania informacji oraz dokumentacji medycznej w razie wymagań odpowiednim placówkom, a także odbieranie dokumentacji medycznej dziecka.

Wyrażam zgodę na obecność wychowawcy MOS w Ryszewku w czasie badań bądź zabiegów medycznych mojego dziecka.

.....
(podpis rodzica / opiekuna prawnego)