

Centrum CBT Sp. z o.o.

ul. Marszałkowska 8/11

00 - 590 Warszawa

NIP: 5262640772, REGON: 015224400

Tel: 22 853 20 50

www.cbt.pl

**FORMULARZ ZGODY OPIEKUNA PRAWNEGO / RODZICA PACJENTA NA KONTAKT PSYCHOLOGA / TERAPEUTY Z
LEKARZEM**

1. Dane pacjenta:

Imię i nazwisko:

PESEL:

2. Dane rodzica / opiekuna prawnego:

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

*Data urodzenia jest zbierana z
uwagi na możliwość jednoznacznej
weryfikacji osoby fizycznej*

**Ja niżej podpisany(a) wyrażam zgodę na kontakt zespołu terapeutycznego Ośrodka Środowiskowej Opieki
Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży CBT z lekarzem / kuratorem:**

.....
(imię i nazwisko specjalisty)

W celu uzyskania informacji dotyczących funkcjonowania pacjenta niezbędnych do przeprowadzenia diagnozy /
zaproponowanych mi przez zespół oddziaływań pomocowych / terapeutycznych.

Dane teleadresowe placówki:

.....
.....
(dane teleadresowe placówki)

Numer telefonu:

Adres e-mail:

.....
(Miejscowość i data)

.....
(Podpis rodzica / opiekuna prawnego)

.....
(Podpis pacjenta, jeśli ma ukończone 16 lat)