………………………………………………………………………………..

/imię i nazwisko rodzica/opiekuna/

…………………………………………………………………………………

/adres/

………………………………………………………………………………...

/numer dowodu/

…………………………………………………………………………………

/telefon/

**DEKLARACJA ZGODY RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO**

**NA LECZENIE, BADANIA AMBULATORYJNE ORAZ PODAWANIE LEKÓW**

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie koniecznych procedur medycznych mojej córki/podopiecznej…………………………………………………………………………………………………………………. ur.………………………………………w…………………..………………….PESEL………………………………………………zamieszkałej ……………………………………………………………………………………………………………………………

Deklaracja dotyczy wyrażenia zgody:

* na badanie, leczenie ambulatoryjne oraz szpitalne w poradniach oraz placówkach leczniczych,
* na zabiegi diagnostyczne, zabiegi chirurgiczne i operacyjne, znieczulenie miejscowe, narkozę,
* na specjalistyczne badanie w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej i Poradni Zdrowia Psychicznego, leczenie psychiatryczne oraz w razie potrzeby na leczenie szpitalne na oddziale psychiatrii dziecięco-młodzieżowej,
* na leczenie stomatologiczne,
* na badanie ginekologiczne,
* na podawanie przez kadrę MCEiRS w Goniądzu leków przepisanych przez lekarza pierwszego kontaktu, lekarza specjalistę lub środków farmakologicznych doraźnych w sytuacjach np. gorączki, bólu podczas pobytu dziecka w Młodzieżowym Centrum Edukacji i Readaptacji Społecznej w Goniądzu,
* na przeprowadzenie testów na obecność środków odurzających oraz psychoaktywnych, jak i testów ciążowych,
* na wypis ze szpitala i odebranie mojej córki/podopiecznej przez pracownika Młodzieżowego Centrum Edukacji i Readaptacji Społecznej w Goniądzu.

Udzielam pełnego pełnomocnictwa pracownikom Młodzieżowego Centrum Edukacji i Readaptacji Społecznej w Goniądzu w kwestii podejmowania decyzji leczenia szpitalnego oraz zmiany przynależności do przychodni lekarzy rodzinnych. Sam/a deklaruję nie zmieniać przynależności do przychodni lekarzy rodzinnych w miejscu swojego i córki zamieszkania bez konsultacji z Placówką.

……………………………………………….......... ……………………………………………..............

data podpis rodzica/opiekuna prawnego