Zgoda na pomoc osobie niepełnoletniej

Formularz do wydrukowania, omówienia z prowadzącą i podpisania przed rozpoczęciem planowanej pomocy. Wypełnienie druku nie zastępuje weryfikacji uprawnień przedstawiciela ustawowego.

1. Dane i zakres pomocy

Imię i nazwisko dziecka

Data urodzenia dziecka

Przedstawiciel ustawowy 1: imię i nazwisko, relacja / podstawa reprezentacji

Kontakt przedstawiciela 1: telefon i e-mail

Przedstawiciel ustawowy 2: imię i nazwisko, relacja / podstawa reprezentacji

Kontakt przedstawiciela 2: telefon i e-mail

- ☐ Konsultacje psychologiczne
- ☐ Psychoterapia indywidualna
- ☐ Udział dziecka w terapii rodzinnej
- ☐ Spotkania online
- ☐ Spotkania w gabinecie (pełny adres ustalany przed wpłatą)

Cel i uzgodniony zakres pomocy (do omówienia z prowadzącą)

2. Informacje przed wyrażeniem zgody

Pomoc prowadzi Zuzanna Matysek, psycholog i psychoterapeutka w trakcie szkolenia w nurcie systemowym, w imieniu OZEVIA Sp. z o.o., ul. Chmielna 2/31, 00-020 Warszawa; NIP 5252942247. Kontakt: zuzannamatysek.psychoterapia@gmail.com, tel. 881 508 559. Koszt i czas uzgodnionej wizyty wynikają z regulaminu i potwierdzenia rezerwacji.

Przed podpisaniem prowadząca omawia z przedstawicielami i dzieckiem cel, sposób pracy, możliwe trudności i ograniczenia pomocy, zasady poufności, kontaktu oraz udziału rodziny. Rozmowa jest dostosowana do wieku i dojrzałości dziecka. Samo opłacenie wizyty nie oznacza zgody na terapię.

Zgody i podpisy

3. Uprawnienie do reprezentacji

☐ Oboje podpisani rodzice posiadają uprawnienie do wspólnego decydowania w tym zakresie i zgodnie wyrażają zgodę na wskazaną pomoc.

☐ Zgodę składa jedna uprawniona osoba z powodu zakresu władzy rodzicielskiej, ustanowienia opiekuna lub innej podstawy prawnej. Podstawa jest wyjaśniona poniżej i weryfikowana przez prowadzącą.

Podstawa samodzielnej reprezentacji / zakres uprawnień (bez numeru PESEL)

W razie sporu rodziców, sprzeciwu lub wątpliwości co do reprezentacji planowana pomoc nie rozpoczyna się na podstawie samego tego druku. Może być konieczne dodatkowe ustalenie uprawnień albo rozstrzygnięcie sądu opiekuńczego.

4. Zgoda na wskazaną pomoc

Jako uprawnieni przedstawiciele wyrażamy zgodę na pomoc wskazaną na pierwszej stronie. Otrzymaliśmy zrozumiałe wyjaśnienia, mogliśmy zadawać pytania i uzyskaliśmy odpowiedzi. Znamy zasady poufności i jej ustawowe granice. Zasady przekazywania informacji przedstawicielom i innym uczestnikom będą omawiane z poszanowaniem praw oraz dobra dziecka. Zgodę można wycofać; nie jest zgodą na nagrywanie, reklamę ani publikację wizerunku.

5. Dane osobowe - oddzielne oświadczenie

Administratorem jest OZEVIA Sp. z o.o. Dane zwykłe służą organizacji i realizacji uzgodnionej pomocy; informacje o zdrowiu w zakresie objętym tym oświadczeniem są przetwarzane na podstawie wyraźnej zgody (art. 6 ust. 1 lit. a i art. 9 ust. 2 lit. a RODO). Polityka prywatności opisuje odbiorców, okresy, prawa i wycofanie zgody: strona gabinetu /prywatnosc/; kontakt: zuzannamatysek.psychoterapia@gmail.com. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem wcześniejszego przetwarzania i nie znosi odrębnych obowiązków prawnych.

☐ Przedstawiciel 1: wyrażam wyraźną zgodę na przetwarzanie danych o zdrowiu dziecka w zakresie niezbędnym do uzgodnionej pomocy i jej udokumentowania; zapoznałem/am się z informacją RODO.

☐ Przedstawiciel 2 (jeżeli jego zgoda jest wymagana): wyrażam taką samą wyraźną zgodę i zapoznałem/am się z informacją RODO.

6. Podpisy

Miejscowość i data

Podpis przedstawiciela ustawowego 1

Podpis przedstawiciela ustawowego 2 (jeżeli wymagany)

Pacjent od 16. roku życia: otrzymałem/am wyjaśnienia dostosowane do mojego wieku, rozumiem uzgodniony zakres pomocy i wyrażam na nią zgodę. W zakresie moich uprawnień wyrażam także wyraźną zgodę na przetwarzanie moich danych o zdrowiu w celu wskazanym powyżej.

Podpis pacjenta od 16. roku życia (dla młodszej osoby: odnotowanie jej stanowiska)

Prowadząca: data omówienia, weryfikacja uprawnień i podpis