

ZGODA NA WSPÓLPRACĘ W RAMACH ZESPOŁU TERAPEUTYCZNEGO

Ja, niżej podpisany/a,

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego: _____

Imię i nazwisko dziecka: _____

wyrażam zgodę na:

1. Współpracę specjalistów zatrudnionych w Centrum Terapii „Pozytywna Stacja” w celu zapewnienia kompleksowej pomocy mojemu dziecku.
2. Udostępnianie informacji o stanie zdrowia, przebiegu terapii oraz innych istotnych danych pomiędzy specjalistami zatrudnionymi w Centrum Terapii, w tym psychologiem, pedagogiem, terapeutą integracji sensorycznej, fizjoterapeutą oraz innymi zaangażowanymi w pomoc mojemu dziecku, przy zachowaniu zasad wynikających z obowiązujących przepisów prawa, w tym dotyczących tajemnicy zawodowej.
3. Przekazywanie informacji nieobjętych tajemnicą zawodową, takich jak dane istotne dla rozwoju i funkcjonowania dziecka, pomiędzy specjalistami współpracującymi w ramach zespołu.
4. Utworzenie zespołu terapeutycznego, którego celem będzie:
 - realizacja skoordynowanych działań terapeutycznych,
 - monitorowanie postępów dziecka,
 - regularne konsultacje w ramach zespołu.
5. Wyznaczenie koordynatora zespołu, odpowiedzialnego za:
 - organizację spotkań zespołu,
 - bieżący kontakt z rodzicami/opiekunami,
 - nadzór nad realizacją ustaleń zespołu.

Koordynatorem zespołu zostaje wyznaczony/wyznaczona:



Pozytywna Stacja Małgorzata Waliczek
ul. H. Jordana 5 32-500 Chrzanów
www.pozytywnastacja.pl tel. 885 208 356

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o celu i zakresie współpracy, a także o prawie do cofnięcia niniejszej zgody w dowolnym momencie poprzez złożenie pisemnego oświadczenia.

data i podpis prawnego opiekuna



Pozytywna Stacja Małgorzata Waliczek
ul. H. Jordana 5 32-500 Chrzanów
www.pozytywnastacja.pl tel. 885 208 356