

OŚWIADCZENIE RODZICA/ OPIEKUNA PRAWNEGO

(Załącznik do dokumentacji pacjenta nr)

Ja, niżej podpisany/a, opiekun
prawny małoletniego,
oświadczam, że:

1. **Zapoznałem/am się ze Standardami Ochrony Małoletnich** obowiązującymi w gabinecie diagnostyczno-terapeutycznym „Emocje i Słowa” Anna Boniakowska i w pełni akceptuję ich zapisy.
2. **Wyrażam zgodę na prowadzenie diagnozy i terapii.** Terapia logopedyczna może wymagać niezbędnego kontaktu fizycznego (np. masaż logopedyczny, pozycjonowanie artykulatorów) w sposób opisany w Standardach (tj. zawsze po wyjaśnieniu dziecku celu i uzyskaniu jego zgody).
3. **Zostałem/am poinformowany/a,** że w gabinecie obowiązuje zasada poufności (tajemnica zawodowa), z wyjątkiem sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia dziecka lub osoby, o której rozmawiamy, o czym Terapeuta ma obowiązek powiadomić opiekunów lub odpowiednie służby.
4. **Zobowiązuję się do współpracy** w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa dziecku i przyjmuję do wiadomości, że w przypadku pozostawienia dziecka samego w gabinecie (np. wyjście rodzica do sklepu), robię to na własną odpowiedzialność, po uprzednim uzgodnieniu z Terapeutą.
5. **Wiem, gdzie znajduje się pełna treść Standardów** oraz lista numerów alarmowych i wiem, że mogę zgłosić wszelkie uwagi dotyczące bezpieczeństwa bezpośrednio Terapeutce.

..... (Miejscowość, data)

..... (Podpis Rodzica / Opiekuna)