
PISEMNE ZGODY OBOJGA RODZICÓW/OPIEKUNÓW
PRAWNYCH SĄ OBOWIĄZKOWE*

Zgoda na leczenie

Ja niżej podpisany/a wyrażam zgodę na leczenie u mojego dziecka _____
przez dr n. med. Magdalenę Cabałę-Kucharską chorób współistniejących
z autyzmem. Jest to jednoznaczne z akceptacją regulaminu dostępnego
w Gabinetecie oraz na stronie internetowej www.drcubala.com.

Wyrażam także zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego
dziecka w celach otrzymywania drogą elektroniczną informacji
dotyczących konsultacji, wyników badań, zaleceń oraz działalności
gabinetu.

Data: _____

Imię i nazwisko, PESEL matki: _____

Podpis: _____

Imię i nazwisko, PESEL ojca: _____

Podpis _____

Dobrowolna zgoda na udział w badaniu

Wyrażam zgodę na anonimowe wykorzystywanie wyników badań
laboratoryjnych oraz dokumentacji medycznej mojego dziecka do
artykułów i badań naukowych prowadzonych w Instytucie Medycyny
Integracyjnej Arcana.

Podpis matki: _____

Podpis ojca: _____

*W przypadku jednego podpisu, osoba wyżej podpisana zaświadcza,
że jest jedynym opiekunem prawnym dziecka.