**Zgoda na leczenie dziecka**

Ja niżej podpisany/a wyrażam zgodę na leczenie mojego dziecka (imię i nazwisko dziecka)

przez dr n. med. Magdalenę Cubałę-Kucharską. Jest to jednoznaczne z akceptacją regulaminu dostępnego w Gabinecie oraz na stronie internetowej [www.drcubala.com](http://www.drcubala.com). Zostałem poinformowany o możliwości pozytywnych i negatywnych skutków leczenia. Mam świadomość, że leczenie w Instytucie Medycyny Integracyjnej Arcana nie zastępuje Podstawowej Opieki Zdrowotnej. W wypadkach nagłych należy się kontaktować z przeznaczoną do tego placówką medyczną najbliżej miejsca zamieszkania.

Imię i nazwisko, PESEL matki:

Podpis:

Imię i nazwisko, PESEL ojca:

Podpis

**Dobrowolna zgoda na udział w badaniu**

Wyrażam zgodę na anonimowe wykorzystywanie do badań naukowych prowadzonych w Arcana IMI wyników badań laboratoryjnych oraz dokumentacji medycznej mojego dziecka (imię i nazwisko dziecka)

Podpis matki, data:

Podpis ojca, data:

**Pisemne zgody obojga rodziców/opiekunów prawnych są obowiązkowe**. W przypadku jednego podpisu, osoba wyżej podpisana zaświadcza, że jest jedynym opiekunem prawnym dziecka.