

Samtykkeskjema

Jeg samtykker til at mitt barn _____, født: _____,

mottar utredning/behandling/terapi fra behandler ved Ung helseklinikk AS.

Dato: _____

Sted: _____

Signatur:

Foresatt 1: _____

Foresatt 2: _____

Kopi av legitimasjon må vedlegges. Dersom barnet følges til timen av en foresatt, må samtykke fra den andre medbringes. Om begge foresatte møter er ikke samtykkeskjema nødvendig. Gjelder for alle barn under 16 år.