

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY PACJENTA

1. Dane dziecka/pacjenta:

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

2. Dane rodzica/opiekuna:

Imię i nazwisko:

Telefon kontaktowy:

E-mail:

Pokrewieństwo z dzieckiem:

3. Powód zgłoszenia:

(proszę zaznaczyć lub opisać)

- ☐ trudności w mowie / komunikacji
- ☐ problemy emocjonalne / zachowania
- ☐ trudności z koncentracją
- ☐ problemy z integracją sensoryczną
- ☐ inne:

4. Historia rozwoju i wcześniejsze diagnozy:

Czy dziecko było wcześniej diagnozowane? ☐ tak ☐ nie

Jeśli tak, gdzie i przez kogo?

.....

Czy uczestniczyło w terapii (logopedycznej / psychologicznej / SI)?

Przebyte choroby, hospitalizacje:

5. Zgody i oświadczenia:

- ☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka przez Centrum Terapii Limone w celach organizacji terapii i dokumentacji zgodnie z RODO.
- ☐ Wyrażam zgodę na kontakt telefoniczny / mailowy w sprawach dotyczących terapii.
- ☐ Wyrażam zgodę na prowadzenie terapii i dokumentację elektroniczną zajęć.

Data i podpis rodzica/opiekuna:

.....