

## Samtykkeskjema

Jeg samtykker til at mitt barn \_\_\_\_\_ født: \_\_\_\_\_ mottar utredning/ behandling/ terapi av psykolog/psykiater ved Volvat Medisinske Senter.

Dato: Sted:

Signatur:

Forelder 1: \_\_\_\_\_

Forelder 2: \_\_\_\_\_

\*Kopi av legitimasjon skal vedlegges \*\* Samtykke må medbringes til første konsultasjonstid for barn opp til 16 år.