

.....
(miejscowość i data)

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany(a), opiekun prawny (rodzic):

(imię i nazwisko opiekuna prawnego, rodzica)

Dziecka: (imię i nazwisko) Pesel

1. Oświadczam, iż zostałem zapoznany z zasadami terapii Biofeedback EEG, oraz poinformowany o możliwych efektach terapii i wyrażam zgodę na terapię (treningi) mojego dziecka za pomocą metody Biofeedback EEG oraz wykonywanie badań diagnostycznych EEG i QEEG. Zobowiązuję się dostarczyć od lekarza zaświadczenie, iż nie ma przeciwwskazań do terapii Biofeedback EEG mojego dziecka, a w przypadku nie dostarczenia takiego zaświadczenia biorę na siebie pełną odpowiedzialność za ewentualne negatywne skutki terapii.
2. Zobowiązuję się do powiadomienia pozostałych opiekunów prawnych, np. ojca, iż dziecko będzie uczestniczyło w takiej terapii i oświadczam, iż uzyskałam od tych osób niezbędną zgodę na terapię Biofeedback EEG oraz diagnostykę EEG i QEEG.
3. Zostałem(am) poinformowany(a), iż zarówno badania jak i treningi będą wykonywane przez przeszkolone osoby w zakresie stosowania terapii Biofeedback EEG.

.....
(data, czytelny podpis opiekuna prawnego)

.....
(data i miejscowość)

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a

(imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna dziecka/pełnoletniego ucznia)

Telefon komórkowy rodzica/prawnego opiekuna dziecka/pełnoletniego ucznia

.....

Imię i nazwisko dziecka

.....

Pesel

.....

Data i miejsce urodzenia

.....

Adres zamieszkania

.....

Wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego dziecka w terapii EEG Biofeedback.

**Jednocześnie zobowiązuje się dostarczyć od lekarza specjalisty zaświadczenie,
iż nie ma przeciwwskazań do terapii EEG Biofeedback.**

.....
(data i podpis rodzica/prawnego opiekuna dziecka/pełnoletniego ucznia)

.....
(data i miejscowość)

KWESTIONARIUSZ WYWIADU

Imię i nazwisko ucznia

Data i miejsce urodzenia Pesel

Adres zamieszkania

Uczeń (szkoła, klasa)

1. Czy dziecko wcześniej korzystało z terapii EEG Biofeedback: TAK / NIE

2. Czy aktualnie dziecko uczestniczy w innych terapiach: TAK / NIE

Jeżeli tak, to proszę podać w jakich:

.....
.....

3. Czy dziecko jest pod opieką poradni specjalistycznej: TAK / NIE

Jeżeli tak, to proszę podać jakiej:

.....
.....

4. Czy dziecko aktualnie przyjmuje jakieś leki: TAK / NIE

Jeżeli tak, to proszę podać jakie:

.....
.....

5. Wymień mocne strony dziecka, z czym sobie radzi dobrze, a co sprawia mu trudność:

Mocne strony

.....
.....
.....

Słabe strony

.....
.....
.....

.....
(data i podpis)

KARTA TERAPII BIOFEEDBACK EEG

Imię i nazwisko, data urodzenia

Lp.	Data	Rodzaj	Uwagi	Podpis dziecka	Podpis terapeuty
1		Konsultacja wstępna + QEEG 1 z opisem			
2		Omówienie wyników QEEG			
3		Biofeedback EEG 1			
4		Biofeedback EEG 2			
5		Biofeedback EEG 3			
6		Biofeedback EEG 4			
7		Biofeedback EEG 5			
8		Biofeedback EEG 6			
9		Biofeedback EEG 7			
10		Biofeedback EEG 8			
11		Biofeedback EEG 9			
12		Biofeedback EEG 10			
13		Biofeedback EEG 11			
14		Biofeedback EEG 12			
15		Biofeedback EEG 13			
16		Biofeedback EEG14			
17		Biofeedback EEG 15			
18		QEEG 2 - kontrolne			
19		Omówienie wyników badania kontrolnego QEEG			