

Gabinet Psychoterapii „Tenuis”
Właściciel: Teresa Fac
NIP: 71043006281

§ 1. INFORMACJE PODSTAWOWE O PROCESIE TERAPII/KONSULTACJI

- 1. Cel i charakter spotkań:** Konsultacje/terapia psychologiczna mają na celu udzielenie wsparcia, poprawę dobrostanu psychicznego, pomoc w radzeniu sobie z trudnościami emocjonalnymi, behawioralnymi lub relacyjnymi oraz wspieranie rozwoju osobistego.
- 2. Metody pracy:** Praca opiera się na uznanych metodach, w tym Terapii Skoncentrowanej na Rozwiązaniach (TSR), Dialogu Motywującym, a w uzasadnionych przypadkach – terapii EMDR, terapii uzależnienia i współzależnienia. Szczegółowy zakres i plan pracy są ustalane indywidualnie.
- 3. Czas trwania:** Standardowa sesja trwa 50 minut. Sesja EMDR trwa 90 minut.
- 4. Koszty:** Opłata za sesję jest ustalana zgodnie z aktualnym cennikiem dostępnym na stronie gabinetu i płatna przelewem przed każdą sesją (na dzień przed wyznaczonym terminem) na wskazane konto.
- 5. Zasady współpracy:** Podstawowymi zasadami są: regularność spotkań, punktualność, wcześniejsze odwoływanie lub zmiana terminu (min. 24h przed sesją – w przeciwnym razie sesja podlega opłacie), otwarta komunikacja oraz aktywny udział w procesie.

§ 2. POUFNOŚĆ I JEJ OGRANICZENIA

- 1. Zasada poufności:** Wszystkie informacje przekazane podczas sesji są objęte ścisłą tajemnicą zawodową.
- 2. Wyjątki od poufności (obowiązki prawne):** Terapeuta ma prawny obowiązek złamania tajemnicy w następujących sytuacjach:
 - Zagrożenie życia lub zdrowia Klienta/Pacjenta lub innej osoby (art. 12 Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego).
 - Uzasadnione podejrzenie przestępstwa przeciwko życiu, zdrowiu lub wolności seksualnej osoby małoletniej lub osoby dorosłej.
 - Otrzymanie prawomocnego postanowienia sądu lub prokuratora.
- 3. Superwizja:** W trosce o jakość pracy, terapeuta korzysta z regularnej superwizji, podczas której

omawia przypadki zachowując pełną anonimowość Klienta/Pacjenta (nie ujawniając danych osobowych).

§ 3. ZGODA NA PROWADZENIE DOKUMENTACJI

Wyrażam zgodę na prowadzenie przeze mnie dokumentacji z procesu konsultacji/terapii, która

obejmuje: daty spotkań, notatki procesowe, cele pracy oraz inne informacje istotne dla prowadzonego

procesu terapeutycznego. Dokumentacja jest przechowywana zgodnie z wymogami RODO i przepisami o dokumentacji medycznej (jeśli dotyczy) przez wymagany prawnie okres.

CZĘŚĆ A – ZGODA OSOBY DOROSŁEJ (od 18. roku życia)

Ja, niżej podpisany/a, po zapoznaniu się z powyższymi informacjami:

Imię i nazwisko

Klienta/Pacjenta:

Adres:

.....
.....

PESEL:

.....
.....

Numer

telefonu:

.....

Adres e-

mail:

.....

1. Wyrażam świadomą i dobrowolną zgodę na rozpoczęcie oraz prowadzenie procesu konsultacji/terapii w Gabinetzie Psychoterapii „Tenuis”.
2. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o celach, metodach, zasadach, kosztach oraz ograniczeniach poufności.
3. Potwierdzam, że udzielam informacji o stanie zdrowia (w tym psychicznym) zgodnie z prawdą.
4. Wyrażam zgodę na kontakt podany przeze mnie numer telefonu i adres e-mail w celach związanych z organizacją spotkań.

Data i podpis Klienta/Pacjenta:

.....

CZĘŚĆ B – ZGODA DLA OSÓB NIELETNICH (poniżej 18. roku życia)

§ B1. ZGODA PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (Rodzica/Opiekuna prawnego)

Ja, niżej podpisany/a, jako przedstawiciel ustawowy osoby nieletniej, po zapoznaniu się z powyższymi informacjami:

Imię i nazwisko

Rodzica/Opiekuna:

Adres:

.....
.....

Numer

telefonu:

.....

Adres e-

mail:

.....

1. Wyrażam świadomą i dobrowolną zgodę na rozpoczęcie oraz prowadzenie procesu konsultacji/terapii dla mojego podopiecznego w Gabinetce Psychoterapii „Tenuis”.
2. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o celach, metodach, zasadach, kosztach oraz ograniczeniach poufności.
3. Potwierdzam, że udzielam informacji o stanie zdrowia (w tym psychicznym) mojego podopiecznego zgodnie z prawdą.
4. Wyrażam zgodę na kontakt podany przeze mnie numer telefonu i adres e-mail w celach związanych z organizacją spotkań.
5. **Zgodnie z art. 19 Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, informuję, że:**
"Zachowanie w tajemnicy informacji związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych osobie, która ukończyła 16 lat, nie może naruszać praw rodziców lub opiekunów prawnych tej osoby wynikających z wykonywania przez nich władzy rodzicielskiej lub opieki, chyba że osoba ta się temu sprzeciwia."

W związku z powyższym: Zgadzam się, aby terapeuta respektował w maksymalnym, zgodnym z prawem zakresie prawo mojego dziecka do poufności. Rozumiem, że terapeuta będzie mnie informował o ogólnym postępie procesu i zagrożeniach dla zdrowia lub życia, jednak treść szczegółowych rozmów pozostanie poufna, o ile moje dziecko, które ukończyło 16 lat, nie wyrazi na ich ujawnienie zgody.

Data i podpis Rodzica/Opiekuna prawnego:

.....

§ B2. ZGODA I POZNANIE ZASAD PRZEZ MŁODEGO KLIENTA/PACJENTA (od 13. do 18. roku życia)

Cześć! Twoja opinia i komfort w tej współpracy są bardzo ważne. Proszę, przeczytaj poniższe punkty i potwierdź swoją zgodę.

Imię i nazwisko Młodego

Klienta/Pacjenta:

1. Rozumiem, że spotkania z terapeutą mają mi pomóc. Znam ich cel i zasady (czas trwania, poufność i jej wyjątki).
2. Wiem, że to, o czym rozmawiamy, jest tajemnicą. Wyjątkiem jest sytuacja, gdy ktoś mógłby sobie lub innym zrobić poważną krzywdę – wtedy terapeuta ma obowiązek o tym powiadomić odpowiednie osoby.
3. Chcę uczestniczyć w tych spotkaniach i jest to moja dobrowolna decyzja.
4. Rozumiem, że moi rodzice/opiekunowie wiedzą, że tu przychodzę i znają ogólne cele naszej pracy.

Data i podpis Młodego Klienta/Pacjenta:

.....

Uwaga: W przypadku dziecka poniżej 13. roku życia, część B2 może zostać pominięta lub dostosowana do poziomu rozumienia dziecka przez terapeutę w formie ustnej.

OŚWIADCZENIE TERAPEUTY

Oświadczam, że poinformowałem/am Klienta/Pacjenta i/lub jego przedstawiciela ustawowego o wszystkich istotnych okolicznościach związanych z procesem terapeutycznym.

Data, pieczęćka i podpis Terapeuty:

.....

[Pieczęćka Gabinetu]