

**ZGODA NA KONSULTACJE PSYCHOLOGICZNE,
PSYCHOTERAPIĘ MAŁOLETNIEGO**

Dane małoletniego:

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Dane rodzica / opiekuna prawnego:

Imię i nazwisko:

Adres:

Telefon:

Zgoda na udział w konsultacjach i psychoterapii

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w konsultacjach psychologicznych oraz – w razie wskazań – w procesie psychoterapii prowadzonym przez:

Dariusza Trzebuniaka – Odzyskaj Siebie,

działającego w ramach Fundacji Rozwoju Przedsiębiorczości „Twój StartUp”.

Charakter i zakres usług

Zostałem(am) poinformowany(a), że:

- konsultacje mają charakter diagnostyczny, wspierający lub terapeutyczny,
- psychoterapia jest procesem wymagającym regularnych spotkań,
- czas trwania terapii nie jest możliwy do dokładnego określenia,
- spotkania mogą odbywać się bez obecności rodzica/opiekuna.

Poufność

Zostałem(am) poinformowany(a), że:

- przebieg konsultacji i psychoterapii objęty jest tajemnicą zawodową,
- informacje przekazywane przez małoletniego nie będą ujawniane osobom trzecim bez jego zgody.

Wyjątki od poufności obejmują sytuacje:

- zagrożenia życia lub zdrowia małoletniego lub innych osób,
- podejrzenia przemocy lub krzywdzenia,
- obowiązku wynikającego z przepisów prawa.

Informacje dla rodzica / opiekuna

Zostałem(am) poinformowany(a), że:

- mogę uzyskać ogólne informacje o przebiegu procesu,

- szczegółowe treści rozmów mogą pozostać poufne,
- w razie potrzeby zostaną poinformowany(a) o konieczności podjęcia dalszych działań diagnostycznych lub terapeutycznych.

Zgoda małoletniego (dotyczy osób powyżej 16 roku życia)

Ja, niżej podpisany(a), wyrażam zgodę na udział w konsultacjach psychologicznych oraz psychoterapii.

Zostałem(am) poinformowany(a) o ich charakterze i zasadach poufności.

Oświadczenia

Oświadczam, że:

- posiadam pełnię władzy rodzicielskiej nad małoletnim,
- drugi rodzic/opiekun prawny nie zgłasza sprzeciwu wobec udziału dziecka w konsultacjach/terapii
- podane dane są zgodne z prawdą,
- zostałem(am) poinformowany(a) o możliwości zadawania pytań i uzyskania wyjaśnień dotyczących procesu.

Podpis rodzica / opiekuna prawnego:

.....

Podpis małoletniego (jeśli ukończył 16 lat):

.....

Data i miejsce:

.....