

OŚRODEK ŚRODOWISKOWEJ OPIEKI
PSYCHOLOGICZNEJ I PSYCHOTERAPEUTYCZNEJ
DLA DZIECI I MŁODZIEŻY
CM UNIMED SP. Z. O. O.
ul. Górna 5A, 30-094 Kraków
tel. 12 283 48 34
terapia@unimed-nzoz.pl

Kraków, dn.....

KONTRAKT - DIAGNOZA INDYWIDUALNA

Przyjmuję do wiadomości poniższe zasady dotyczące procesu diagnozy funkcjonowania psychospołecznego obowiązujące w Ośrodku Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży i zobowiązuje się do ich przestrzegania:

1. Pacjent zobowiązuje się do udziału we wszystkich zaplanowanych spotkaniach diagnostycznych.
2. Pacjent zobowiązany jest do punktualnego zgłaszania się na sesje w wyznaczonym terminie. Spóźnienie (nie więcej niż 15 minut) oznacza skrócenie czasu przeznaczonego na sesję, natomiast więcej niż 15 minut powoduje, iż sesja w tym dniu nie odbędzie się.
3. Jeżeli Pacjent nie może przyjść w wyznaczonym terminie, jest zobowiązany do poinformowania o tym pracownika rejestracji co najmniej dzień wcześniej (osobiście, mailowo na adres: terapia@unimed-nzoz.pl lub telefonicznie 12 283 48 34).
4. Nieobecność dziecka na dwóch sesjach diagnostycznych bez wcześniejszego usprawiedliwienia i brak kontaktu telefonicznego z psychologiem/psychoterapeutą skutkuje wykreśleniem dziecka z listy pacjentów na okres 3 miesięcy.
5. Zaświadczenia dotyczące Pacjenta wydawane są na wniosek osób uprawnionych do 14 dni od złożenia wniosku. Wniosek o wydanie zaświadczenia należy złożyć w formie papierowej w rejestracji lub przesłać na adres mailowy: terapia@unimed-nzoz.pl.
6. W ramach procesu diagnostycznego pacjenta prowadzone są konsylia, zebrania, superwizje, sesje koordynacji między placówkami, analiza dokumentacji, sesje wsparcia psychospołecznego. Pacjent wyraża zgodę na wymianę niezbędnych informacji dotyczących procesu terapeutycznego, pozyskanych w trakcie terapii w Ośrodku Środowiskowej Opieki Psychologicznej, pomiędzy współistniejącymi w strukturze CM UNIMED sp. z o.o. komórkami organizacyjnymi zajmującymi się terapią i psychoterapią. Wymiana ta ma na celu zapewnienie pacjentowi oraz – w razie potrzeby – jego rodzinie kompleksowego wsparcia terapeutycznego, dostosowanego do indywidualnych potrzeb. W uzasadnionych przypadkach, gdy terapia pacjenta dotyczy także relacji rodzinnych, informacje mogą być wykorzystywane do planowania i koordynacji działań terapeutycznych obejmujących również członków jego rodziny. Przekazywane informacje będą obejmowały jedynie te aspekty procesu

terapeutycznego, które są istotne dla skutecznej współpracy pomiędzy jednostkami terapeutycznymi. Nie będą one zawierały szczegółowych treści sesji ani innych wrażliwych danych wykraczających poza niezbędny zakres. Informacje będą przekazywane wyłącznie w zakresie niezbędnym do optymalizacji procesu terapeutycznego, z zachowaniem poufności oraz zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, w tym zasadami ochrony danych osobowych (RODO).

.....
Podpis specjalisty

.....
Podpis rodzica/opiekuna prawnego

.....
Podpis pacjenta (w przypadku osób powyżej 16 r. ż.)

*** ZGODA NA SAMODZIELNE PRZYJŚCIE I POWRÓT DZIECKA DO DOMU**

Wyrażam/ nie wyrażam (*niepotrzebne skreślić*) zgodę na samodzielne przyjście i samodzielny powrót do domu mojego dziecka (imię i nazwisko)
każdorazowo przed i po uczestnictwie dziecka w sesji terapeutycznej w OŚOPiP CM UNIMED sp. z o.o. mieszczącym się w Krakowie przy ul. Górnej 5A. Jednocześnie oświadczam, że ponoszę odpowiedzialność za bezpieczeństwo mojego dziecka podczas samodzielnego przyjścia i powrotu do domu.

.....
Podpis specjalisty

.....
Podpis rodzica/opiekuna prawnego