

CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO PSICOLOGICO/PSICOTERAPIA PER I MINORI

Io sottoscritto sig. _____ nato a _____ il

____/____/____ e residente in _____ C.F. _____

Io sottoscritta sig.ra _____ nata a _____ il

____/____/____ e residente in _____ C.F. _____

prima di ottenere prestazioni professionali di tipo psicoterapeutico da parte del/la dott./ssa Anna Maria Deutsch in favore del/la figlio/a minore _____ nato/a a _____ il ____/____/____ siamo stati informati sui seguenti punti:

- La consulenza iniziale offerta è finalizzata alla valutazione del problema presentato. Gli eventuali colloqui clinici successivi mireranno al conseguimento di un migliore equilibrio psicologico personale del paziente;
- a tal fine potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico;
- lo strumento principale di intervento sarà il colloquio clinico della durata di 50-60 minuti ciascuno, con frequenza da valutare in relazione alla problematica psicologica e alla disponibilità della famiglia e del terapeuta;
- il compenso viene di norma versato al termine di ogni seduta;
- in caso di impossibilità del figlio/a presentarsi all'appuntamento, i genitori chiederanno un rinvio con un preavviso di 24 ore; in caso di mancato o ritardato preavviso, pagheranno comunque l'importo relativo alla prestazione professionale non goduta; parimenti, in caso di disdetta della seduta da parte del terapeuta con preavviso inferiore alle 24 ore, l'incontro successivo sarà gratuito per il paziente.
- la durata globale dell'intervento non è definibile a priori: si concorderanno obiettivi e tempi secondo le necessità emergenti;
- in qualsiasi momento i genitori potranno decidere di interrompere il trattamento. Al fine di permettere i migliori risultati dello stesso i genitori comunicheranno al terapeuta la volontà di interruzione, rendendosi disponibili a far effettuare comunque un ultimo incontro tra il terapeuta e il minore finalizzato alla sintesi del lavoro svolto fino a quel momento;
- l'intervento psicologico è ad orientamento ANALISI TRANSAZIONALE con approccio integrato
- lo psicologo è tenuto a rispettare il Codice Deontologico degli Psicologi Italiani;
- il terapeuta è vincolato al rispetto del segreto professionale e alla riservatezza.
- Saranno concordati, quando necessario, uno o più incontri di comunicazione con i genitori, per valutare gli esiti del trattamento.

Informati di tutto ciò, i sottoscritti autorizzano il proprio figlio/a a fruire della prestazione concordata con la dr.ssa ANNA MARIA DEUTSCH, psicologa psicoterapeuta iscritta all'Ordine degli Psicologi della Sardegna al numero 606.

FIRMA DELLA MADRE LEGGIBILE

FIRMA DEL PADRE LEGGIBILE

Luogo e data _____