

KONTRAKT TERAPEUTYCZNY

korzystania z pomocy

w Środowiskowym Centrum Zdrowia Psychicznego Uniwersytetu SWPS

Rozpoczynamy terapię. Jest ona czasem, który pozwala na wspólne zastanawianie się nad trudnościami, problemami, które są dla Ciebie ważne, oraz podjęcie działań, które pozwolą na osiągnięcie zmian i celów potrzebnych do poradzenia sobie z nimi. Terapia w naszym Centrum prowadzona jest w oparciu o założenia nurtu terapii poznawczo-behawioralnej oraz terapii systemowej, w duchu współpracy i wzajemnego szacunku.

Spotkania terapeutyczne wiążą się z podejmowaniem różnych - zarówno pozytywnych, jak i trudnych tematów. By były one zarówno bezpieczne, komfortowe jak i skuteczne, niezbędne jest, aby miały też swoje reguły. Oto one:

1. Terapeutę/psychologa obowiązuje zasada poufności. Oznacza to, że nie mogę i nie będę z nikim rozmawiał/a o tym, o czym rozmawiamy, czy o Twoich problemach.

Wyjątki:

a) (jeśli jesteś niepełnoletni) Twój opiekunowie mogą zadawać mi różne pytania – ja będę odpowiadał na nie jedynie ogólnie, nie zdradzając szczegółów poruszanych przez nas tematów, chyba że wspólnie się na to zgodzimy,

b) jeżeli dzieje Ci się krzywda lub uznaję, że Twojemu życiu czy zdrowiu coś zagraża, lub jeśli Ty swoim zachowaniem stał(a)byś się zagrożeniem dla siebie lub innych, podejmę działania które będą miały na celu zaopiekowanie się Tobą (np. powiadomię odpowiednie osoby dorosłe czy instytucje).

2. Termin każdego spotkania umawiany jest przez Rejestrację.
3. Sesja trwa 45-55 minut i nie jest przedłużana w przypadku Twojego spóźnienia się.
4. Pisemne informacje na temat Twojego (dziecka/nastolatka) funkcjonowania (wydawane np. dla lekarza psychiatry), zalecenia dotyczące współpracy z Tobą w szkole, wydawane są na prośbę rodziców/opiekunów i konieczne jest zgłoszenie tej prośby w trakcie trwania terapii. Nie wydaję jakichkolwiek pisemnych informacji oraz zaleceń po zakończeniu spotkań terapeutycznych. Zawsze istnieje prawo do zaświadczenia o współpracy z psychoterapeutą z informacją o okresie w jakim się odbywa(ła).
5. Każda sesja opłacana jest przelewem najpóźniej 24h przed umówionym spotkaniem.
6. Sesja może zostać przez Ciebie odwołana lub przesunięta nie później niż 24 godziny przed terminem spotkania. W każdym innym przypadku będziesz zobowiązany/a uregulować pełną należność za sesję.



Ja (psycholog/terapeuta) także zobowiązuje się do przełożenia lub odwołania spotkania nie później niż 24 godziny przed umówionym terminem. Jeśli odwołam je później, postaram się zaproponować alternatywny termin dogodny dla mnie i Ciebie w tym samym tygodniu.

7. W trakcie trwania sesji jesteśmy zobowiązani do wyłączenia lub wyciszenia osobistych urządzeń elektronicznych (telefon komórkowy, tablet, laptop itp.).
8. Decyzja o przerwaniu, czy rezygnacji z terapii powinna być zakomunikowana na spotkaniu, tak abyśmy mieli czas i przestrzeń ją omówić oraz podsumować dotychczasową pracę.
9. Jeżeli nie pojawisz się na sesji i jej nie odwołasz, mam obowiązek skontaktować się z Twoimi rodzicami/opiekunami. W takich przypadkach niepokoję się o swoich pacjentów i staram się wyjaśnić, dlaczego nie przyszli na sesję.
10. Jeśli przerwiesz terapię nie przychodząc na spotkanie, bez wcześniejszego poinformowania o odwołaniu w odpowiednim terminie, będziesz mógł/mogła wrócić na terapię po uregulowaniu płatności za ostatnie spotkanie.
11. Czasami będę Cię prosić o wykonywanie różnych zadań pomiędzy sesjami. Wykonywanie ich jest bardzo ważne dla powodzenia terapii.
12. Bycie skutecznym terapeutą wymaga regularnego superwizowania swojej pracy. Oznacza to, że terapeuta może konsultować sposób prowadzenia terapii i jej przebieg z innym specjalistą. Jest to jedna z niewielu okazji, kiedy mogę rozmawiać na temat Twoich problemów z inną osobą. Dbam jednak wtedy o Twoją prywatność nie ujawniając informacji, które pozwoliłyby Ciebie zidentyfikować.
13. Jednostronne przerwanie terapii przeze mnie (psychologa/terapeutę) może nastąpić z powodu:
 - nieprzestrzegania kontraktu i/lub innych ważnych ustaleń terapeutycznych,
 - częstego nierealizowania zadań, spóźnienia czy przekładania wizyt, które w istotny sposób zaburzają proces terapeutyczny.
14. Zapisy kontraktu mogą zostać zmienione, ale musimy to wspólnie ustalić i zgodzić się na to.

DANE:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Placówka edukacyjna:

Tel. kontaktowy:

E-mail:

Podpisy: