



Dzień Dobry,
Uprzejmie proszę o wypełnienie poniższych danych, dziękuję
Imię i Nazwisko **Imię Dziecka:**
Numer kontaktowy: **Adres email:**
Adres Zamieszkania
Szkoła/ Przedszkole:

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Ja niżej podpisana/y wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie archiwizacji zebranych danych oraz kontaktowania się ze mną drogą mailową lub/i telefoniczną w celu ustalenia terminu wizyty lub przesłania niezbędnych informacji/ materiałów, związanych ze świadczoną usługą psychologiczną/ psychoterapeutyczną, przez **Patrycja Gac, ul. Poznańska 3/2, 60-848 Poznań**

Informuję, że Pani/Pana zgoda na przetwarzanie danych osobowych może w każdej chwili zostać cofnięta poprzez złożenie pisemnego oświadczenia. Informujemy, że nie podlega Pan/ Pani profilowaniu. Pani/Pana dane nie będą przekazywane poza europejski obszar gospodarczy ani udostępniane innym podmiotom.

Jednocześnie wskazujemy, że administratorem Pani/Pana danych osobowych, podanych w niniejszym formularzu jest **Patrycja Gac, ul. Poznańska 3/2, 60-848 Poznań**

. Państwa dane przetwarzane będą wyłącznie w celu:

- udzielenia usług psychologicznych i psychoterapeutycznych
- wydania opinii lub zaleceń
- archiwizacji dokumentacji na okres niezbędny dla zrealizowania celu, dla którego zostały zebrane (nie krócej niż rok po zakończeniu świadczenia usługi)

Jakiegokolwiek pytania i wątpliwości prosimy kierować na adres email: kontakt@dobre-mysli.pl

.....Data, miejsce i podpis osoby wyrażającej zgodę*

Szanowni Państwo,

nazywam się **Patrycja Gac**, jestem psychoterapeutką i pracuję w *Ośrodku Psychoterapii Dobre Myśli*. Miejsce to powstało z myślą o dzieciach, młodzieży oraz dorosłych, których pragniemy wspierać w trudnych dla nich momentach. W swojej pracy reprezentuję **podejście poznawczo-behavioralne**, które zachęca do zmiany poprzez naukę autorefleksji i przyglądania się sobie w różnych obszarach funkcjonowania. W trosce o bezpieczeństwo oraz wzajemny komfort pracy, konieczne

jest określenie ram formalnych naszej współpracy. Proszę Państwa o poświęcenie kilku minut i uważne przeczytanie oraz zaakceptowanie poniższego regulamin oferowanych przeze mnie usług.

- Jako terapeutę obowiązuje mnie **zasada poufności**. Zasada ta w przypadku naszej współpracy będzie realizowana w następujący sposób:
- Nie mogę i nie będę z nikim rozmawiała o powodach zgłoszenia się do Gabinetu oraz problemach, które pojawiły się w przebiegu rozwoju Państwa Dziecka i/lub Państwa.
- Jeśli pracy terapeutycznej będzie podlegało Państwa nastoletnie Dziecko na pytania dotyczące mojej z Dzieckiem współpracy będę odpowiadała jedynie w sposób ogólny, nie zdradzając dokładnych tematów, o których rozmawiamy podczas terapii. Jeśli w przebiegu spotkań dowiem się, że życiu lub zdrowiu Państwa Dziecka zagraża niebezpieczeństwo niezwłocznie poinformuję Państwa o tym.
- Jeśli na wizyty terapeutyczne przychodzi Dziecko lub Nastolatek nigdy nie rozmawiam z Państwem „za zamkniętymi drzwiami” i/lub szeptem. Mój kontakt z Państwem jest całkowicie jawny dla Dziecka. Postępy i trudności w procesie terapeutycznym omawiamy podczas dodatkowego zaplanowanego spotkania, o którym Dziecko/Nastolatek został wcześniej poinformowany.
- Wizyty **1-3 wizyty mają charakter konsultacji**, których celem jest rozpoznanie problemu, poznanie środowiska, w jakim osoba zgłaszająca się funkcjonuje, omówienie oczekiwań oraz uformowanie celów do dalszej pracy oraz planu spotkań.
- Każda wizyta to **50 minut** spotkania z terapeutą, za które płatność jest regulowana przelewem na podany numer konta lub gotówką bezpośrednio po spotkaniu.
- W przypadku spóźnienia na umówioną godzinę czas trwania sesji terapeutycznej zostaje skrócony o czas spóźnienia.
- Jeżeli z jakichś powodów Państwo lub Dziecko **nie będziecie mogli pojawić się na umówionej wizycie proszę o informację SMS najpóźniej do godz. 18:00 dnia poprzedzającego spotkanie. W przypadku odwołania wizyty niezgodnie z tą zasadą lub niepojawienie się na umówionej wizycie, jest ona płatna.** Opłatę należy uregulować przelewem na numer konta lub gotówką podczas kolejnego spotkania.
- Numer telefonu psychoterapeuty służy do kontaktu w sprawach związanych z umawianiem oraz odwoływaniem wizyt. Ewentualne rozszerzenie tej reguły o dodatkowe sytuacje, w których możliwy jest bezpośredni kontakt telefoniczny może zostać ustalone w toku indywidualnej pracy terapeutycznej.

Miejscowość i data.....

Podpis Klienta.....