



CENTRUM DOBREJ TERAPII

KONTRAKT

Zasady pracy w gabinecie terapeutycznym Centrum Dobrej Terapii przy użyciu łącza elektronicznego

Niniejszy dokument jest wiążący dla kontaktu zdalnego w trakcie procesu diagnostycznego oraz terapeutycznego. Ma na celu zapewnienie profesjonalizmu, komfortu i bezpieczeństwa pracy terapeutycznej dla obu stron terapii. Treść tego dokumentu jest omawiana w początkowej fazie kontaktu Pacjenta z Terapeutą.

1. Oświadczam że mam ukończone 18 lat.
2. Oświadczam, że dobrowolnie zgłaszam się w celu nawiązania kontaktu terapeutycznego dotyczącego moich spraw osobistych.
3. Oświadczam, że podaję dane prawdziwe i w dobrej wierze.
4. Oświadczam, że w trakcie spotkań diagnostyczno-terapeutycznych nie będę działał pod wpływem alkoholu ani żadnych innych środków psychoaktywnych (narkotyki, alkohol, leki niezapisane przez lekarza, dopalacze itp.)
5. Terapeuta zobowiązuje się do przestrzegania tajemnicy zawodowej, co oznacza: nieujawnianie danych osobowych Pacjenta, nieujawnianie treści sesji terapeutycznych, nieprzekazywanie informacji na temat Pacjenta osobom trzecim bez wiedzy Pacjenta.
6. Zarówno Terapeuta jak i Pacjent zobowiązują się do regularnego uaktualniania programów antywirusowych.
7. Pacjent zobowiązuje się do przestrzegania prawa własności intelektualnej Terapeuty, co oznacza, że Pacjent nie będzie wykonywać następujących czynności: nagrywać, ujawniać, cytować i kopiować wypowiedzi, przysyłać ich dalej oraz rozpowszechniać w formie papierowej lub elektronicznej bez wcześniejszej zgody Terapeuty.
8. W wyjątkowych sytuacjach omówionych i uzgodnionych na sesji kontraktowej Terapeuta może być zwolniony z zasady tajemnicy zawodowej.
9. Terapeuta jest zawsze zobowiązany do przestrzegania prawa i zawodowych kodeksów etycznych, oraz działania w imię ochrony dobra Pacjenta.
10. Pacjent ponosi odpowiedzialność za decyzje dotyczące swojego życia. Rola Terapeuty sprowadza się do pomocy, której celem jest ułatwienie Pacjentowi znalezienia pożądanych rozwiązań i wcielenie ich w życie dzięki procesowi wspólnego omawiania i analizowania zgłaszanych trudności.

Centrum Dobrej Terapii

Adres: ul. Miłkowskiego 7/U1 i ul. Miłkowskiego 9/U3, 30-349 Kraków
telefon: 12 264 17 41, 12 359 51 96, kom.: 668 230 869
e-mail: rejestracja@centrumdobrejterapii.pl
NIP 677-234-59-66 REGON 121294166
www.centrumdobrejterapii.pl



CENTRUM DOBREJ TERAPII

11. Osiągnięcie pożądaných efektów pracy terapeutycznej zależy w znaczącym stopniu od stopnia zaangażowania i gotowości Pacjenta do zmiany zachowań i mechanizmów psychicznych. W związku z tym Terapeuta ma obowiązek odpowiadać na wszelkie pytania i wątpliwości, które mogą pojawić się przed terapią, w jej trakcie, czy po jej zakończeniu, w tym te, dotyczące stosowanych technik i narzędzi psychologicznych.
12. Terapeuta rezerwuje sobie prawo do tego, aby na każdym etapie procesu terapeutycznego zasygnalizować potrzebę kontaktu bezpośredniego z innym specjalistą.
13. W sytuacji trudności technicznych w celu nawiązania połączenia internetowego lub jego zerwania w trakcie trwania sesji i niemożności ponownego połączenia w ciągu 10 minut, spotkanie będzie kontynuowane przy użyciu kanału alternatywnego. Czas potrzebny na ponowne połączenie nie jest liczony w ramach konsultacji i spotkanie zostanie przedłużone. Proszę w związku z tym podać kanał preferowany oraz alternatywny:
 - kanał preferowany (główny)
 - kanał alternatywny (rezerwowy)
14. Terapeuta inicjuje połączenie internetowe o umówionej godzinie. Pacjent zobowiązuje się do obecności o danej godzinie.
15. Pacjent i Terapeuta w czasie trwania sesji nie wykonują innych czynności z wykorzystaniem sprzętu komputerowego takich jak: oglądanie filmów, przeglądanie tekstów itp.
16. Podczas sesji terapii zdalnej rekomenduje się wyłączenie w używanym urządzeniu elektronicznym innych aplikacji „z tła”, mogących zakłócać pracę.
17. Zarówno Terapeuta jak i Pacjent podczas trwania sesji terapii zdalnej zobowiązują się przebywać sami w pomieszczeniu. Rekomenduje się zapewnienie stałości miejsca do odbywania terapii.
18. Terapia jest oferowana w ramach pracy gabinetu specjalistycznego w Centrum Dobrej Terapii wg obustronnie zaakceptowanych stawek honorarium terapeutycznego. Płatność dokonywana jest do jednego dnia PRZED umówioną sesją.

Oświadczam, że ja, (proszę wpisać imię i nazwisko)
zapoznałam/zapoznałem się z treścią kontraktu. Akceptuję go i zgadzam się na jego przestrzeganie.

.....
(podpis i data)

Centrum Dobrej Terapii

Adres: ul. Miłkowskiego 7/U1 i ul. Miłkowskiego 9/U3, 30-349 Kraków

telefon: 12 264 17 41, 12 359 51 96, kom.: 668 230 869

e-mail: rejestracja@centrumdobrejterapii.pl

NIP 677-234-59-66 REGON 121294166

www.centrumdobrejterapii.pl