

Informovaný souhlas zákonného zástupce nezletilého klienta

Mgr. Eva Pindáková

IČ: 21700052

Telefon: + 420 799 550 390

Sídlo: Pavla Švandy ze Semčic 18, Praha 5, 150 00

Provozovna: Krajinská 230/31, České Budějovice, 370 01

E-mail: eva.pindak@seznam.cz

Web: www.sibnuta.cz

1. Charakter poskytovaných služeb

Mgr. Eva Pindáková poskytuje v rámci své soukromé praxe psychoterapeutické a poradenské služby.

Nejsem zdravotnickým zařízením a poskytované služby nejsou zdravotními službami ve smyslu zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Psychoterapeutická práce je zaměřena zejména na podporu duševního zdraví, osobního rozvoje, zvládání obtížných životních situací a podporu zdravých vztahů a komunikace.

Dočasným jevem může být přechodné zhoršení stavu klienta (více informací ve všeobecných obchodních podmínkách umístěných na webu).

2. Důvěrnost a komunikace se zákonným zástupcem

Důvěrnost je základním principem psychoterapeutické práce a vztahuje se také na práci s nezletilým klientem.

Nezletilý klient má právo na prostor, ve kterém může s terapeutkou otevřeně mluvit o svých myšlenkách, pocitech, vztazích a dalších osobních tématech. **Obsah jednotlivých rozhovorů s nezletilým klientem proto není automaticky sdělován zákonnému zástupci.**

Spolupráce se zákonným zástupcem může být součástí terapeutického procesu, zejména za účelem získání širšího kontextu, podpory nezletilého klienta nebo domluvy dalšího postupu. Pokud je potřeba s rodičem či jiným zákonným zástupcem sdílet konkrétní informace z terapeutické práce, probíhá taková komunikace **s vědomím nezletilého klienta.**

Důvěrnost má své hranice. Pokud terapeutka získá informace, které nasvědčují **závažnému ohrožení života, zdraví či bezpečí nezletilého klienta nebo jiné osoby**, případně pokud jí povinnost sdílet informace stanoví zákon, může být nezbytné informace předat zákonnému zástupci nebo dalším příslušným osobám či institucím. Pokud to okolnosti dovolují, je nezletilý klient o takovém kroku předem informován.

3. Kontinuita péče

Pro kontinuitu psychoterapeutické práce a dosažení jejích cílů je zejména v úvodu psychoterapeutického procesu nezbytné docházet pravidelně, a to **s doporučenou frekvencí**

jednou týdně. Pokud to finanční situace nedovoluje, je možná domluva na setkávání jednou za dva týdny. Rozvolněnější spolupráce má spíše podpůrný charakter.

4. Zpracování osobních údajů

Osobní údaje klienta a jeho zákonného zástupce jsou zpracovávány v souladu s platnými právními předpisy, zejména s GDPR. Jsou využívány v souvislosti s poskytováním psychoterapie a s administrativou, která je s péčí spojena.

V odůvodněných případech mohou být údaje se souhlasem klienta nebo jeho zákonného zástupce sdíleny s dalšími odborníky podílejícími se na péči, například s psychiatrem.

Více informací v souboru Informace o zpracování osobních údajů klienta (GDPR) umístěného na webových stránkách.

5. Objednávání a storno podmínky

Zrušení nebo změnu termínu je třeba oznámit **nejméně 48 hodin před plánovaným začátkem sezení.**

Při zrušení nebo změně termínu **méně než 48 hodin předem je účtován storno poplatek ve výši 100 % ceny sjednaného sezení.**

Jednou v průběhu kalendářního roku je možné tento storno poplatek při pozdním zrušení či změně termínu prominout. Tato možnost se vztahuje vždy pouze na jedno sezení a při nevyužití se nepřevádí do dalšího kalendářního roku.

Více informací ve všeobecných obchodních podmínkách umístěných na webových stránkách.

6. Ukončení spolupráce

Psychoterapeutická spolupráce je založena na vzájemné důvěře a spolupráci nezletilého klienta, zákonného zástupce a terapeutky. **Klient i jeho zákonný zástupce mohou spolupráci kdykoli ukončit.**

Pokud se v průběhu spolupráce objeví nespokojenost, pochybnosti nebo potřeba něco změnit, doporučuji o tom otevřeně mluvit přímo s terapeutkou. Otevřená komunikace může pomoci případné obtíže ve spolupráci lépe porozumět a společně najít vhodné řešení.

Spolupráce může být ukončena také ze strany terapeutky, zejména pokud dlouhodobě dochází k nespolupráci nezletilého klienta nebo zákonného zástupce, která znemožňuje nebo výrazně narušuje smysluplný průběh terapie, pokud pokračování v terapii není z odborných důvodů vhodné nebo pokud potřeby klienta přesahují možnosti poskytované péče.

7. Dohoda o spolupráci s nezletilým klientem (vyplňuje nezletilý klient)

Aby pro mě psychoterapie mohla být užitečná, je potřeba, abych se na ní podle svých možností podílel/a. Zavazuji se proto:

- snažit se chodit na domluvená setkání včas,
- dát terapeutce s předstihem vědět, pokud se nemohu na sezení dostavit,

- snažit se o otevřenost a aktivní spolupráci,
- říct, pokud něčemu nerozumím, s něčím nesouhlasím nebo se mi o něčem nechce mluvit

Rozumím tomu, že psychoterapie není něco, co může terapeutka „udělat za mě“, a že její smysl závisí také na mé vlastní ochotě spolupracovat.

Jméno a příjmení nezletilého klienta:

.....

Datum narození nezletilého klienta:

.....

Telefonní kontakt nezletilého klienta:

.....

Číslo pojištění/rodné číslo nezletilého klienta (vyplňte, pokud máte zájem o čerpání příspěvku od pojišťovny – pokud se rodné číslo a číslo pojištění liší, uveďte prosím obě čísla.

.....

Podpis nezletilého klienta:

.....

8. Souhlas se zapojením nezletilého klienta (vyplňuje zákonný zástupce)

Souhlasím se zapojením výše uvedeného nezletilého klienta do psychoterapeutické a poradenské spolupráce. Měl/a jsem možnost položit otázky a byly mi poskytnuty srozumitelné odpovědi. Svým podpisem potvrzuji, že jsem byl/a srozumitelně informován/a o charakteru poskytovaných služeb, jejich důvěrném charakteru, způsobu komunikace s nezletilým klientem a o podmínkách spolupráce. Souhlasím, že terapeutka může s nezletilým klientem pracovat samostatně bez přítomnosti zákonného zástupce.

Jméno a příjmení zákonného zástupce:

.....

Kontaktní údaje zákonného zástupce (telefon, email):

.....

V Českých Budějovicích, dne

Podpis zákonného zástupce

.....

Podpis terapeuta

.....