

ІНФОРМОВАНА ЗГОДА НА ОТРИМАННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ПОСЛУГ

Я підтверджую, що до початку роботи отримав(ла) достатню інформацію про умови психологічного консультування та добровільно погоджуюся на участь у ньому.

Мені відомо та зрозуміло, що:

1. Психологічне консультування є процесом професійної психологічної допомоги, спрямованої на дослідження переживань, труднощів, поведінкових моделей та пошук можливих шляхів їх вирішення.
2. Психологічне консультування не є медичною послугою, не замінює лікування у лікаря-психіатра чи інших медичних спеціалістів та не передбачає призначення медикаментів.
3. Психолог не може гарантувати конкретний результат роботи, оскільки ефективність консультування залежить від активної участі обох сторін.
4. Я маю право ставити запитання щодо методів роботи, освіти, кваліфікації та професійного досвіду психолога.
5. Я можу відмовитися від будь-якої вправи, теми для обговорення або припинити роботу в будь-який момент.
6. Мені пояснено принцип конфіденційності та винятки з нього.
7. Я розумію, що під час консультацій можуть виникати сильні емоційні переживання, пов'язані з дослідженням особистого досвіду.
8. Я погоджуюся на обробку моїх персональних даних виключно з метою організації та проведення психологічних консультацій відповідно до законодавства України.
9. Мені повідомлено, що психолог може використовувати супервізію для підвищення якості професійної допомоги. Усі випадки розглядаються без розкриття моєї особи.
10. Фото-, аудіо- або відеозапис консультацій можливий лише за окремою попередньою згодою сторін.
11. Я підтверджую, що звертаюся за психологічною допомогою добровільно та усвідомлено.

Підписуючи цей документ, я підтверджую, що ознайомився(лася) зі змістом інформованої згоди, зрозумів(ла) її положення та погоджуюся з ними.

Дата: _____

ПІБ клієнта: _____

Підпис клієнта: _____

ПІБ психолога: _____

Підпис психолога: _____