



Poznań,

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 Pana/Pani 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 swoje reguły. Oto one:

1. Psychoterapeutę/psychoterapeutkę obowiązuje zasada poufności. Oznacza to, że nie mogą i nie będą z nikim rozmawiać/a o tym, o czym rozmawiamy, czy o Pana/Pani problemach.

Wyjątki:

- a) jeżeli uznam, że Pana/Pani życiu coś zagraża lub jeśli Pan/Pani swoim zachowaniem stanowi zagrożenie dla siebie lub innych, podejmę działania, które będą miały na celu zaopiekowanie się Panem/Panią (np. powiadomię odpowiednie instytucje).
2. Termin każdego spotkania umawiany jest przez Rejestrację.
 3. Sesja trwa 45-55 minut i nie jest przedłużana w przypadku spóźnienia się.
 4. Pisemne informacje na temat Pana/Pani funkcjonowania (wydawane np. dla lekarza psychiatry), wydawane są na prośbę 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 odwołana lub przesunięta (tylko i wyłącznie mailowo) nie później niż 24 godziny przed terminem spotkania. W każdym innym przypadku będzie Pan/Pani zobowiązany/a uregulować pełną należność za sesję.

Ja (psychoterapeuta/psychoterapeutka) 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 dla Pana/Pani 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. Jeśli nie przyjdzie Pan/Pani na umówioną sesję bez wcześniejszego odwołania w odpowiednim terminie, powrót na terapię będzie możliwy po uregulowaniu płatności za ostatnie spotkanie.
10. Nieobecność na dwóch sesjach pod rząd bez wcześniejszego odwołania w odpowiednim terminie i przy jednoczesnym braku kontaktu będzie traktowana jako rezygnacja z terapii.



11. Czasami będę Pana/Panią 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 psychoterapeuta/psychoterapeutka może konsultować sposób prowadzenia terapii i jej przebieg z innym psychoterapeutą. Jest to jedna z niewielu okazji, kiedy mogę rozmawiać na temat Pana/Pani problemów z inną osobą. Dbam jednak wtedy o Pana/Pani prywatność nie udzielając informacji, które umożliwiłyby identyfikację.
13. Jednostronne przerwanie terapii przeze mnie (psychoterapeutę/psychoterapeutkę) może nastąpić z powodu:
 - nieprzestrzegania kontaktu i/lub innych ważnych ustaleń terapeutycznych,
 - częstego nierealizowania zadań, spóźnienia czy przekładania wizyt, które w istotny sposób zaburzają proces terapeutyczny.
14. W celu zagwarantowania jak najwyższego poziomu świadczonych usług, Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego Uniwersytetu SWPS, jako jednostka akademicka, przeprowadza badanie skuteczności oddziaływań terapeutycznych wykorzystując ankiety ewaluacyjne, o których wypełnienie zostanie Pan/Pani poproszony/a przed pierwszą oraz ostatnią wizytą.
15. Zapisy kontraktu mogą zostać zmienione, ale musimy to wspólnie ustalić i zgodzić się na to.

Dane:

Imię i nazwisko:.....

Adres zamieszkania:.....

Tel. kontaktowy:.....

E-mail:

Podpisy:

.....

(osoba biorąca udział w terapii)

.....

(psychoterapeuta/ka)

