**Информированное согласие**

на психологическое консультирование и психотерапевтическую помощь

1. **Цель** работы (запрос) с критериями достижения. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## 2. Ориентировочное **количество** сессий для реализации этого запроса \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## 3. **Продолжительность** одной встречи составляет 60 минут. При необходимости экологичного завершения процесса в некоторых случаях сессия может быть продлена, но не более чем на 15 мин.

## За пределами этого времени допустима только переписка, уточняющая условия встреч, либо обмен оговоренными на встречах материалами, если они необходимы в контексте запроса Клиента.

4. **Регулярность** встреч еженедельная. Если есть основания для другого режима, он оговаривается отдельно.

5. Встречи проводятся по видеосвязи онлайн (WhatsApp, Skype, Telegram и др. средства связи).

6. Порядок **начала** встречи. При наступлении назначенного времени Клиент делает звонок.

7. При необходимости возможны отмены или **переносы** встреч по инициативе каждой из сторон, по предупреждению и взаимному согласию.

8. Порядок **оплаты**. Стоимость часовой консультации (до 60мин) составляет \_\_\_\_\_\_ руб. Оплата производится до начала консультации.

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО полностью)

подтверждаю добровольность участия в психологическом консультировании, психотерапии, супервизии, исследовательской деятельности, проводимой специалистом.

Я ознакомлен с правилами анонимности и конфиденциальности (в том числе при использовании средств связи) в психологическом консультировании, психотерапевтической помощи, супервизии, исследовательской деятельности с использованием предоставляемых мной материалов.

Добровольно и осознанно даю разрешение на (ненужное зачеркнуть):

1. супервизию моего случая в профессиональной среде с целью повышения качества

проводимой работы;

1. аудио и (или) видеозапись супервизии;
2. аудио и (или) видеозапись психотерапевтического процесса;
3. использование предоставленных мной материалов с целью обучения;
4. публикацию случая нашей совместной работы в профессиональной литературе;
5. другое \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Если пункты 1-6 реализуются при полном соблюдении правил анонимности и конфиденциальности в отношении моих персональных данных.

Ознакомлен и согласен с порядком взаимоотношений, описанных в прилагаемом Соглашении.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата подпись клиента подпись психолога