

Dr./Dr.ssa Psicologo/a Psicoterapeuta
iscritto/a all'Albo Psicologi della Regione Marche al n.
Cod. fiscale Part.IVA
Studio: Via..... Comune..... Prov.....
Tel Cell E.mail



CONSENSO INFORMATO

CONSULENZA PSICOLOGICA PSICOTERAPIA

Ai sensi dell'art. 24 del "Codice Deontologico degli Psicologi italiani"

Il sottoscritto _____ nato/a il _____ a _____

(Cognome e Nome del paziente)

residente in via _____ n. _____ Comune _____ Prov. _____

e' informato:

- che la prestazione che verrà offerta è una consulenza psicologica o un trattamento psicoterapeutico ad orientamento _____ finalizzati alla valutazione e all'intervento per potenziare il benessere psicologico della persona;
- che nell'ambito della consulenza/trattamento potranno essere usati test psicodiagnostici, strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico, nonché tecniche psicoterapeutiche riconosciute dalla comunità scientifica e validate;
- che la frequenza dei colloqui verrà valutata in base alla problematica psicologica diagnosticata ed alla disponibilità personale e che nel corso del suo svolgimento sarà possibile adeguarla ai cambiamenti personali e della relazione terapeutica;
- che la durata globale dell'intervento non è definibile a priori anche se verranno concordati a grandi linee obiettivi, tempi e modalità;
- che in qualsiasi momento si può interrompere il rapporto professionale, tuttavia è auspicabile che tale interruzione sia preceduta da un incontro di sintesi del lavoro svolto;
- che lo psicologo valuta ed eventualmente propone l'interruzione del rapporto terapeutico quando constatata che il paziente non trae alcun beneficio dalla cura e non è ragionevolmente prevedibile che ne trarrà dal proseguimento della stessa. Se richiesto, fornisce al paziente le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (Art. 27 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani);
- che lo psicologo è vincolato al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi italiani, in particolare è strettamente tenuto al segreto professionale (Art. 11);
- che lo psicologo può derogare da questo obbligo in base a quanto previsto dagli Art.12 e 13 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani o su richiesta dell'Autorità Giudiziaria;
- che il testo del Codice Deontologico degli Psicologi italiani è a disposizione su richiesta;
- che le prestazioni psicologiche e/o psicoterapeutiche verranno prestate dal dr./ssa _____ presso il proprio studio o diversamente sulla base di accordi preventivi con il paziente;
- che il compenso e le sue modalità verranno concordate tra psicologo e paziente.

Il sottoscritto dichiara di aver letto, compreso ed accettato quanto sopra e acconsente quindi al percorso di consulenza psicologica/psicoterapia che il/la dr/ssa _____ riterrà necessario nel suo caso, impegnandosi a collaborare al meglio delle proprie possibilità.

Luogo _____ **Data** _____

In fede

(Firma leggibile)