

CONSENSO INFORMATO PSICOTERAPIA

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa _____, iscritto/a all'Ordine degli Psicologi della Regione Emilia Romagna con il n. _____ e annotato/a nell'elenco degli psicoterapeuti, prima di svolgere la propria opera professionale a favore del sig./della sig.ra _____, lo/la informa di quanto segue:

- la prestazione che ci si appresta ad eseguire consiste in una psicoterapia finalizzata a _____ (aggiungere le finalità della psicoterapia, ad es. miglioramento delle capacità relazionali, ecc.);
- la psicoterapia che sarà praticata è ad orientamento _____
- esistono altri orientamenti psicoterapeutici oltre a quello sopra indicato;
- la psicoterapia potrebbe in alcuni casi non produrre gli effetti desiderati dal cliente/paziente. In tal caso sarà cura del professionista informare adeguatamente il paziente e valutare se proporre un nuovo percorso di terapia oppure l'interruzione della stessa;
- le prestazioni verranno rese presso _____ (es. lo studio del suddetto professionista), sito in Via _____
- la durata dell'intervento è di _____ oppure l'intervento si articolerà in n. _____ sedute a cadenza _____ oppure pur non essendo definibile a priori la durata dell'intervento, è ipotizzabile che esso si articolerà in _____;
- in qualsiasi momento il paziente potrà interrompere la psicoterapia. In tal caso, egli si impegna a comunicare al professionista la volontà di interruzione del rapporto professionale e si rende disponibile sin d'ora ad effettuare un ultimo incontro finalizzato alla sintesi del lavoro svolto;
- lo psicologo è tenuto al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani che, tra l'altro, impone l'obbligo di segreto professionale, derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso del paziente o nei casi assolutamente eccezionali previsti dalla Legge;

Dopo avere ricevuto l'informativa di cui sopra, il sig./la sig.ra _____ nato/a a _____ il _____ e residente a _____ in Via _____ n. _____ dichiara di avere adeguatamente compreso i termini dell'intervento come sopra sintetizzati e di accettare l'intervento psicoterapeutico concordato con il dott. /la dott.ssa _____

Luogo data _____

Firma _____