

 Casa di Cura Villa Pini d'Abruzzo	CASA DI CURA VILLA PINI D'ABRUZZO	M-AMB-16
	CONSENSO INFORMATO	
	PER PRESTAZIONE PROFESSIONALE PSICOLOGICA	
		Rev. n. 1
		Ultima Rev.: 24/07/2018
		Pag. 1 di 1

Gentile Signora/Egregio Signore,

le seguenti informazioni vogliono renderLa consapevole del tipo di trattamento cui verrà sottoposta/o Lei o un Suo familiare. La preghiamo quindi di leggerle attentamente per essere in grado di manifestare, firmando in calce il presente documento, il Suo consenso.

La prestazione offerta riguarda:

- Consulenza psicologica
- Supporto psicologico
- Psicoterapia
- Valutazione psicodiagnostica e/o neuropsicologica.

I principali strumenti di intervento sono rappresentati dal colloquio clinico e/o dai test psicodiagnostici, scale di valutazione ecc.

La durata globale dell'intervento non è definibile a priori e i tempi verranno concordati di volta in volta in funzione degli obiettivi.

In qualsiasi momento Lei sarà libera/o di interrompere il percorso psicologico.

Il Suo terapeuta Dott./Dott.ssa _____ è iscritto/a all'Ordine degli Psicologi italiani ed è strettamente tenuto/a ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi che, tra l'altro, impone l'obbligo del segreto professionale, derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso del paziente o sulla base di precisi doveri di legge.

ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto/a _____ Nato/a il _____
a _____

Avendo compreso compiutamente la presente informativa e le spiegazioni fornite dallo Psicologo, avendo avuto il tempo necessario per decidere, considerando che tutte le domande poste hanno avuto risposta soddisfacente

ACCONSENTO **NON ACCONSENTO**

liberamente ad essere sottoposto all'atto sanitario prescrittomi.

Data _____ Firma _____

FIRMA PROFESSIONISTA che ha fornito le spiegazioni e registrato il consenso _____

DA FIRMARE IN CASO DI PAZIENTE MINORENNE

Firma del padre _____ . Firma della madre _____

Firma del tutore _____ .

Data _____

DA FIRMARE IN CASO DI PAZIENTE INTERDETTO O SOTTOPOSTO AD UNA AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO

Firma del tutore / amministratore di sostegno _____ .

Data _____

PAZIENTE CON IMPEDIMENTO MATERIALE ALLA FIRMA

Nome e Cognome del 1° testimone _____

Data _____ Firma _____ Documento _____

Nome e Cognome del 2° testimone _____

Data _____ Firma _____ Documento _____

REVOCA DEL CONSENSO

Io sottoscritto/a _____ Nato/a il _____
a _____ **REVOCO** il consenso all'atto sanitario su indicato.

Data _____ Firma del paziente _____ **FIRMA PROFESSIONISTA** _____