

 Casa di Cura Villa Pini d'Abruzzo	<b>CASA DI CURA VILLA PINI D'ABRUZZO</b>	<b>M-AMB-16</b>
	<b>CONSENSO INFORMATO</b>	
	<b>PER PRESTAZIONE PROFESSIONALE PSICOLOGICA</b>	
		Rev. n. 2
		Ultima Rev.: 27/12/2019
		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** \_\_\_\_\_