



ΕΝ.04. Ενημερωμένη συγκατάθεση – Ενήλικες

Καλώς όρισες στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας του Πανεπιστημίου Κύπρου (ΚΕΨΥ)!

Με την επίσκεψή σου εδώ μόλις έκανες ένα γενναίο και σημαντικό βήμα που θα σου δώσει την ευκαιρία να ανακαλύψεις πολλά πράγματα για τον εαυτό σου! Πιθανόν αυτή να είναι η πρώτη σου εμπειρία με ψυχολογικές υπηρεσίες και για αυτό θεωρούμε σημαντικό να σου εξηγήσουμε με σαφήνεια και διαφάνεια τι να περιμένεις! Παρακαλούμε μελέτησε προσεκτικά τις πληροφορίες που σου δίνονται και στη συνέχεια μίλησέ για οποιεσδήποτε απορίες έχεις ώστε να μπορέσουμε να τις συζητήσουμε. Αφού συζητήσουμε μαζί τις σχετικές πληροφορίες θα σου ζητήσουμε να υπογράψεις αυτό το έντυπο.

Το ΚΕΨΥ παρέχει ψυχολογική στήριξη σε ένα ασφαλές και εχέμυθο περιβάλλον, όπου οι φοιτητές του Πανεπιστημίου Κύπρου μπορούν να συζητήσουν ελεύθερα θέματα που τους απασχολούν, ανησυχίες και προβληματισμούς. Οι γνώσεις, δεξιότητες και αυτό-αποτελεσματικότητα που ενισχύονται μέσω της διαδικασίας της παρέμβασης μπορούν να σε βοηθήσουν να βελτιώσεις τις διαπροσωπικές σου σχέσεις, την ακαδημαϊκή σου προσαρμογή και επίδοση, τη διαχείριση του καθημερινού στρες, να πετύχεις προσωπικούς σου στόχους και να διαχειριστείς προκλήσεις που μπορεί να αντιμετωπίσεις στο μέλλον. Στη διαδικασία μπορεί να βιώσεις κάποια έντονα ή αρνητικά συναισθήματα, κάτι που αποτελεί αναμενόμενο μέρος της διαδικασίας. Έχε όμως υπόψη σου ότι έχεις το δικαίωμα να μη συμμετέχεις ή να ζητήσεις να διακόψεις οτιδήποτε σε κάνει να νιώθεις άβολα. Καθώς δεν επωφελούνται όλοι με τον ίδιο τρόπο ή στον ίδιο βαθμό από τις ψυχολογικές παρεμβάσεις, σε ενθαρρύνουμε να συζητάς ανοικτά μαζί με το θεραπευτή σου ώστε να βρείτε μαζί τους τρόπους που θα σε βοηθήσουν καλύτερα.

ΕΧΕΜΥΘΕΙΑ

Οι υπηρεσίες του ΚΕΨΥ διέπονται από αυστηρή εχεμύθεια. Αυτό σημαίνει ότι το προσωπικό δεν μπορεί να μοιραστεί με τρίτους (ούτε με γονείς, φίλους, ή ακαδημαϊκούς) πληροφορίες για σένα χωρίς τη δική σου γραπτή συγκατάθεση. Αν επιθυμείς να μας δώσεις γραπτή συγκατάθεση για να μοιραστούμε πληροφορίες για σένα με κάποιο τρίτο, διατηρείς το δικαίωμα να την αποσύρεις όποτε το θελήσεις.

Εξαιρέσεις

Υπάρχουν κάποιες σπάνιες περιπτώσεις όπου έχουμε νομική υποχρέωση να μοιραστούμε ορισμένες πληροφορίες χωρίς τη συγκατάθεσή σου, ώστε να διασφαλίσουμε τη δική σου ασφάλεια ή την ασφάλεια τρίτων.

Οι εξαιρέσεις αυτές αφορούν τις πιο κάτω περιπτώσεις:

1. Κίνδυνος για τη ζωή ή την ασφάλειά σου ή άλλου ατόμου.

Αν ο ψυχολόγος έχει σαφείς ενδείξεις ότι κινδυνεύει η δική σου ζωή ή ασφάλεια ή η ασφάλεια τρίτων ατόμων, μπορεί να δράσει ανάλογα, όπως να ειδοποιήσει την αστυνομία ή τρίτο άτομο υπεύθυνο για την ασφάλεια.

2. Κακοποίηση ή παραμέληση ανηλίκου, ηλικιωμένου, ή ανάπηρου ατόμου.

Σε περίπτωση που περιέλθει στην αντίληψή μας ότι κακοποιείται ή παραμελείται ανήλικο, ηλικιωμένο ή ανάπηρο άτομο, είμαστε υποχρεωμένοι να το αναφέρουμε στις αρμόδιες υπηρεσίες.

3. Δικαστικό διάταγμα

Σε περίπτωση που εκδοθεί διάταγμα δικαστηρίου που το απαιτεί, το προσωπικό του ΚΕΨΥ υποχρεούται να δώσει πληροφορίες από τα αρχεία ή/και καταθέσει στο δικαστήριο.

Σε τέτοιες σπάνιες περιπτώσεις, ο ψυχολόγος θα καταβάλει πρώτα προσπάθειες να συζητήσει μαζί σου την κατάσταση και να λάβει τη συγκατάθεσή σου, να σε ενημερώσει για τις επαφές στις οποίες προβαίνει, και θα περιορίσει τις πληροφορίες που μοιράζεται σε αυτές που είναι απόλυτα απαραίτητες.



ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΠΕΛΑΤΗ ΓΙΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ

Παρακαλώ σημειώστε V στα σημεία που ισχύουν για να δώσετε τη συγκατάθεσή σας για τη συμβουλευτική.

Έχω διαβάσει το Έντυπο 04 «Ενημερωμένη Συγκατάθεση» και το Έντυπο 05 «Κανόνες Λειτουργίας- Πληροφορίες για Πελάτες», συζητήσα το περιεχόμενό τους με το θεραπευτή, και είχα ικανοποιητικό χρόνο για να τα μελετήσω προσεκτικά και να υποβάλω οποιεσδήποτε ερωτήσεις.	
Κατανοώ ότι οι υπηρεσίες του ΚΕΨΥ διέπονται από αυστηρή εχεμύθεια, και ταυτόχρονα κατανοώ τις εξαιρέσεις στην εχεμύθεια σύμφωνα με τη νομοθεσία και τις υποδείξεις του θεραπευτή μου.	
Κατανοώ ότι σε περίπτωση που προτίθεμαι να βλάψω τον εαυτό μου, τους άλλους, ανήλικους ή εξαρτώμενους, ο θεραπευτής μου είναι πρωτίστως υποχρεωμένος να διασφαλίσει την προστασία αυτών των ατόμων, ακόμα και εις βάρος της ιδιωτικότητάς μου.	
Κατανοώ τα δικαιώματα και τις ευθύνες μου ως πελάτης, καθώς και τις ευθύνες του θεραπευτή μου.	
Κατανοώ ότι έχω το δικαίωμα να συζητώ ανοιχτά και ειλικρινά με το θεραπευτή μου. Θα προσπαθώ να παρέχω στο θεραπευτή μου ανατροφοδότηση σχετικά με την πορεία της θεραπείας.	
Βρίσκομαι στο ΚΕΨΥ με τη θέλησή μου και κατανοώ ότι η συμμετοχή μου στη συμβουλευτική είναι εθελοντική. Γνωρίζω ότι έχω το δικαίωμα να τερματίσω τη θεραπεία οποιαδήποτε στιγμή το επιθυμώ, να ζητήσω αλλαγή θεραπευτή, και ότι μπορώ να αρνηθώ οποιαδήποτε αιτήματα ή εισηγήσεις του θεραπευτή μου.	
Θα φροντίζω να παρουσιάζομαι σε όλες τις προγραμματισμένες συνεδρίες, και θα καταβάλλω προσπάθεια ακόμα και αν δεν νιώθω πάντα ότι το θέλω. Αν δεν μπορώ να παρουσιαστώ σε προκαθορισμένη συνεδρία, κατανοώ ότι έχω την ευθύνη να επικοινωνώ με το ΚΕΨΥ για να ακυρώσω ή να επαναδιευθετήσω τη συνεδρία. Αν καθυστερήσω να παρουσιαστώ σε προγραμματισμένη συνεδρία, καταλαβαίνω ότι θα λήξει στον αρχικά προκαθορισμένο χρόνο.	
Είμαι άνω της ηλικίας των δεκαοκτώ ετών και είμαι σε θέση να δώσω υπεύθυνα τη συγκατάθεσή μου.	
Συμφωνώ να συμμετέχω στην παροχή υπηρεσιών σύμφωνα με τους όρους που περιγράφονται στο παρόν Έντυπο.	

Σε περίπτωση όπου ισχύει (εποπτευόμενες υπηρεσίες)

Έχω ενημερωθεί ότι λαμβάνω υπηρεσίες από Ειδικευόμενο Κλινικό Ψυχολόγο ο οποίος εργάζεται υπό την εποπτεία επαγγελματία, και ότι ο θεραπευτής μου θα συζητά τις συνεδρίες στο πλαίσιο της εποπτείας για σκοπούς βέλτιστης ποιότητας των υπηρεσιών.	
Δίνω υπεύθυνα τη συγκατάθεσή μου για μαγνητοσκόπηση/ ηχογράφηση των συνεδριών μου στο ΚΕΨΥ για σκοπούς εποπτείας και διασφάλισης της βέλτιστης ποιότητας των υπηρεσιών που λαμβάνω.	

Μόνο για περιπτώσεις παραπομπής στο Κέντρο από προσωπικό του Πανεπιστημίου Κύπρου

Δίνω/δεν δίνω συγκατάθεση στο ΚΕΨΥ να ενημερώσει το άτομο που με παράπεμψε ότι έχω αποταθεί στο ΚΕΨΥ για υπηρεσίες. Κατανοώ ότι αυτό αφορά μόνο την επιβεβαίωση της αρχικής μου επίσκεψης, και ότι καμία άλλη πληροφορία δεν θα δοθεί χωρίς τη συγκατάθεσή μου. Παρακαλώ μονογράψτε δίπλα μόνο σε περίπτωση που συμφωνείτε. _____	
---	--

Ονοματεπώνυμο πελάτη _____ Υπογραφή _____ Ημερομηνία _____

Για το θεραπευτή: Έχω συζητήσει τις πιο πάνω πληροφορίες σχετικά με την ενημερωμένη συγκατάθεση με τον πελάτη μου, και σύμφωνα με τις παρατηρήσεις μου το άτομο αυτό κατανοεί τους κανόνες και τους όρους παροχής υπηρεσιών συμβουλευτικής και είναι στην παρούσα φάση σε θέση να παρέχει ενημερωμένη συναίνεση.

Ονοματεπώνυμο θεραπευτή _____ Υπογραφή _____ Ημερομηνία _____