



CONSENSO INFORMATO CONSULENZA PSICOLOGICA-PSICOTERAPIA

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il ____/____/____

e residente in _____

affidandosi alla Dott.ssa Daniela Chiodi, è informato/a sui seguenti punti:

- ai sensi dell'art. 1 della legge n. 56/89 istitutiva dell'Ordine degli Psicologi, al fine di rendere le suddette prestazioni potranno essere utilizzati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico;
- lo/la Psicologo/a è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, che prevede anche l'obbligo al segreto professionale derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso del cliente;
- le prestazioni saranno finalizzate ad analizzare, insieme al cliente, la domanda d'aiuto per poi concordare un percorso mirato a promuovere un processo strategico di risoluzione delle problematiche emerse;
- gli strumenti principali di intervento saranno la "relazione" tra psicologo/a e cliente, il colloquio clinico ed alcuni strumenti standardizzati (Test);
- la frequenza dei colloqui, della durata di 45 minuti ciascuno, verrà valutata in relazione alla problematica psicologica e alla disponibilità del cliente;
- la durata globale dell'intervento non è definibile a priori: si concorderanno obiettivi e tempi di volta in volta;
- la consulenza psicologica/psicoterapia potrebbe in alcuni casi rivelarsi inefficace e non in grado di produrre gli effetti desiderati (in tal caso sarà cura del professionista informare adeguatamente il cliente e valutare se proporre un nuovo contratto di consulenza psicologica/psicoterapia oppure di proporre l'interruzione della stessa);
- i benefici e gli effetti conseguibili mediante una consulenza psicologica/psicoterapia sono il miglioramento del benessere psicologico e relazionale;
- il cliente potrà interrompere il rapporto con il/la professionista in qualsiasi momento, gli/le comunicherà tale volontà di interruzione rendendosi disponibile ad effettuare un ultimo incontro finalizzato alla sintesi del lavoro svolto fino ad allora;
- in qualunque momento lo/a Psicologo/a potrà decidere di interrompere la consulenza psicologica/psicoterapia per comprovati motivi di necessità e/o impedimento personale;
- il compenso sarà preventivamente comunicato al/alla paziente, sulla base delle indicazioni definite dal Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi;



Dopo colloquio esplicativo di quanto sopra riportato, avvenuto in data ____/____/____, si invita il/la cliente a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

Il/la Sig./Sig.ra _____ dichiara di aver compreso quanto spiegatogli/le dal professionista e qui sopra riportato e decide a questo punto con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali della Dott.ssa Daniela Chiodi, come sopra descritte.

In fede

Luogo data _____

Firma _____

