

## **Regulamin przyjęć w Ośrodku Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży w Centrum CBT**

1. Wizyty w Ośrodku Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży, można umówić telefonicznie lub osobiście w Recepcji Centrum
2. Wizyty odbywają się osobiście lub za pomocą systemów teleinformatycznych. Decyzja o rodzaju prowadzonej porady przekazywana jest w momencie zapisu pierwszorazowego.
3. Odwołanie wizyty następuje na życzenia pacjenta. Wizyta jest potwierdzana telefonicznie lub sms (tel. 507 130 919 – z podaniem danych personalnych; daty i godziny wizyty oraz Nazwiska prowadzącego) z minimum jednodniowym wyprzedzeniem.
4. Każdy pacjent rozpoczyna proces terapeutyczny od diagnozy psychologicznej, elementem której jest przeprowadzenie szczegółowego wywiadu, zapoznanie się z dokumentacją udostępnioną przez opiekuna pacjenta niepełnoletniego/pacjenta pełnoletniego oraz kontakt terapeuty środowiskowego ze szkołą pacjenta. Na zakończenie diagnozy psycholog przedstawia ustalony plan leczenia i przekazuje go opiekunowi pacjenta niepełnoletniego/pełnoletniemu pacjentowi.
5. Nieodwołana wizyta diagnostyczna skutkuje, odwołaniem wszystkich 3 zaplanowanych wcześniej wizyt.
6. Spóźnienie się pacjenta na wizytę nie oznacza, że zaplanowana wizyta odbędzie się w pełnym wymiarze czasowym przewidzianym na wizytę. (Spóźnienie się na wizytę skraca czas trwania wizyty o czas spóźnienia). Prosimy o poinformowanie informować recepcji o ewentualnym spóźnieniu się pacjenta na wizytę.
7. Pacjent / Opiekun pacjenta niepełnoletniego, świadomie podpisuje regulamin, jednocześnie zgadzając się na prowadzony proces terapeutyczny w przedmiotowej poradni.

.....

Data

.....

podpis

**KARTA ZGŁOSZENIA DZIECKA DO PORADNI OŚRODKA ŚRODOWISKOWEJ OPIEKI PSYCHOLOGICZNEJ I  
PSYCHOTERAPEUTYCZNEJ DLA DZIECI I MŁODZIEŻY W CEBTRUM CBT**

Imię i nazwisko pacjenta / dziecka: .....

Data urodzenia: ..... Miejsce urodzenia: .....

Pesel pacjenta / dziecka: .....

Imię i nazwisko ojca: ..... Pesel: .....

Imię i nazwisko matki: ..... Pesel: .....

Miejsce stałego zamieszkania: .....

..... kod pocztowy: ..... miasto: .....

Numer telefonu kontaktowy: .....

Adres mail: .....

Opiekun prawny pacjenta (posiadający do opieki):

- Oboje rodziców
- Jedno z rodziców: .....
- Inny: danej personalne: .....

Stopień pokrewieństwa: .....

Adres:.....

Telefon: .....

Pacjent ubezwłasnowolniony:

- Całkowicie
- Częściowo
- Nie

.....

Data

.....

podpis

1. Administratorem danych osobowych jest Centrum CBT Sp. z o.o., ul. Marszałkowska 8/11, 00-950 Warszawa, zarejestrowana w rejestrze przedsiębiorców XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie pod nr KRS 0000125825, posiadająca NIP: 5262640772, REGON: 01522440000000.
2. Dane osobowe przekazane nam na potrzeby świadczenia usług przez Centrum CBT będą przetwarzane wyłącznie na poczet jej realizacji i nie udostępniane innym podmiotom.