

SUTIKIMAS DĖL PSICHOLOGO KONSULTACIJŲ TEIKIMO

_____ (data)

Aš, _____, sutinku, kad psichologo konsultacijos Vilniaus rajono šeimos ir vaiko krizių centro Globos centre (toliau – Globos centras) būtų teikiamos mano prižiūrimam (-iems), globojamam (-iems) įvaikintam (-iems) vaikui (-ams): _____

(vaiko (-ų) vardas, pavardė, gim. data)

Esu informuotas, kad:

- globos centro klientams psichologo konsultacijos teikiamos nemokamai;
- individualios konsultacijos trukmė 45-50 min., grupinės konsultacijos trukmė – 90 min.;
- į konsultaciją reikia atvykti paskirtu laiku, nevėluoti;
- jei negaliu ir (arba) vaikas negali dalyvauti konsultacijoje, privalau iš anksto, o nenumatytais atvejais, nedelsiant, informuoti konsultuojantį psichologą arba globos koordinatorių;
- pateikiama informacija yra konfidenciali, ją psichologas gali atskleisti tik tuomet, jeigu gresia pavojus visuomenei, kliento ar kitų asmenų sveikatai arba gyvybei, kyla pagrįstų įtarimų, jog neužtikrinami vaiko interesai ir, nepažeidus konfidencialumo, neįmanoma išvengti žalos. Taip pat tais atvejais, kai konfidencialią informaciją atskleisti psichologą įpareigoja Lietuvos Respublikos įstatymai ir kiti teisės aktai.

(Vaiko įstatyminio atstovo vardas, pavardė, parašas)