

REGULAMIN KORZYSTANIA Z USŁUG CENTRUM TERAPII ITER NOVUM

1. **Częstotliwość i czas trwania spotkań**

Sesje psychoterapeutyczne odbywają się regularnie, raz w tygodniu, i trwają od 45 do 50 minut. Inne formy wsparcia psychologicznego są realizowane zgodnie z indywidualnie ustalonym harmonogramem.

2. **Zasady płatności**

W przypadku pierwszej sesji płatność realizowana jest przelewem najpóźniej 2 dni przed planowanym terminem spotkania. W przypadku kolejnych sesji płatność realizowana jest najpóźniej w dniu odbycia spotkania.

W tytule przelewu należy obowiązkowo wpisać datę sesji terapeutycznej.

Dane do płatności: Centrum Terapii ITER NOVUM **03 1090 1753 0000 0001 1883 5321**

3. **Brak płatności**

Brak uregulowania należności zgodnie z pkt. 2 skutkuje anulowaniem kolejnych spotkań oraz utratą stałego terminu sesji.

4. **Odwolywanie sesji**

Odwolanie spotkania z krótszym niż **48-godzinnym** wyprzedzeniem, niezależnie od przyczyny, wiąże się z obowiązkiem uiszczenia pełnej opłaty za nieodbyte spotkanie. Brak uregulowania tej należności skutkuje anulowaniem kolejnych spotkań i utratą terminu.

5. **Częste nieobecności**

Trzykrotne odwołanie sesji z rzędu lub odwołanie ponad **20%** spotkań w danym kwartale może być traktowane jako zakończenie procesu terapeutycznego i wiąże się z utratą zarezerwowanego terminu.

6. **Punktualność**

Pacjent zobowiązany jest do punktualnego przybycia/połączenia na sesję - dokładnie na godzinę jej rozpoczęcia.

7. **Spóźnienia**

W przypadku spóźnienia z winy pacjenta, sesja zostaje skrócona o czas spóźnienia, bez możliwości jego odrobienia.

8. **Forma spotkania**

Terapeuta nie ma obowiązku zmiany wcześniej ustalonej formy spotkania (np. sesji stacjonarnej na online), choć w uzasadnionych sytuacjach może wyrazić na to zgodę.

9. **Zmiany w cenniku**

Ceny usług mogą ulec zmianie. Wszelkie zmiany będą komunikowane z co najmniej jednomiesięcznym wyprzedzeniem. Jednorazowy wzrost opłaty nie przekroczy 30% dotychczasowej ceny. Wyjątkiem jest oferta terapii niskopłatnej, która zawsze obejmuje tylko określoną ilość sesji.

10. **Zasady etyczne i dokumentacja**

Terapeuta pracuje zgodnie z Kodeksem Etycznym Polskiego Towarzystwa Terapii Poznawczej i Behawioralnej oraz obowiązującymi przepisami prawa. Zobowiązany jest do zachowania pełnej tajemnicy zawodowej. Nie prowadzi dokumentacji medycznej, co oznacza, że nie jest zobowiązany do jej tworzenia, przechowywania ani udostępniania.

11. **Kwalifikacje terapeuty**

Terapeuta oświadcza, że posiada stosowne wykształcenie, kompetencje zawodowe oraz spełnia wszystkie wymogi formalne do wykonywania zawodu psychologa i psychoterapeuty. Jest uprawniony do posługiwania się tytułem „psychoterapeuta” zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

12. **Superwizja pracy terapeutycznej**

Terapeuta poddaje swoją pracę regularnej superwizji u certyfikowanego superwizora terapii poznawczo-behawioralnej, zgodnie z wymogami Polskiego Towarzystwa Terapii Poznawczej i Behawioralnej (PTTPB).

W celu utrzymania wysokiego poziomu merytorycznego oraz etycznego prowadzonej terapii, terapeuta zastrzega sobie prawo do:

- sporządzania notatek pisemnych,
- rejestrowania sesji w formie nagrań dźwiękowych.

Wszystkie materiały wykorzystywane w superwizji są w pełni anonimowe i nie zawierają danych umożliwiających identyfikację pacjenta. Na życzenie pacjenta nagranie dźwiękowe danej sesji może zostać mu udostępnione.

Notatki pisemne stanowią własność terapeuty.

13. **Bezpieczeństwo i przerwanie sesji**

W przypadku bezpośredniego zagrożenia zdrowia lub życia pacjenta bądź terapeuty, terapeuta ma prawo wezwać odpowiednie służby ratunkowe, dzwoniąc pod numer alarmowy.

Terapeuta zastrzega sobie również prawo do przerwania sesji w sytuacji, gdy pacjent stawia się na spotkanie w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środków psychoaktywnych.

[Zał. 2]

Klauzula informacyjna RODO

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO), informujemy, że:

1. **Administratorem danych osobowych jest Centrum Terapii ITER NOVUM** z siedzibą przy ul. Oławskiej 1/58, 01-494 Warszawa, NIP: 5223254355.
2. **Kontakt z administratorem** możliwy jest pod adresem e-mail: **kontakt@terapia-iternovum.pl** lub telefonicznie: **+48 516 922 311**.
3. Dane osobowe przetwarzane są w następujących celach:
 - realizacji usług psychologicznych i psychoterapeutycznych,
 - obsługi zapytań kierowanych za pośrednictwem formularza kontaktowego, telefonu lub e-maila,
 - prowadzenia dokumentacji wymaganej przepisami prawa,
 - wystawiania faktur i rozliczeń finansowych,
 - zapewnienia bezpieczeństwa oraz ochrony prawnej administratora.
4. **Podstawa prawna przetwarzania danych:**
 - art. 6 ust. 1 lit. b RODO – konieczność do wykonania umowy lub działań przed jej zawarciem,
 - art. 6 ust. 1 lit. c RODO – wypełnienie obowiązków prawnych ciążących na administratorze,
 - art. 6 ust. 1 lit. f RODO – prawnie uzasadniony interes administratora (np. dochodzenie roszczeń),
 - art. 9 ust. 2 lit. h RODO – przetwarzanie danych szczególnych kategorii w celu świadczenia usług psychoterapeutycznych i psychologicznych.
5. Dane osobowe będą przechowywane przez okres świadczenia usług oraz przez czas wymagany przepisami prawa, a w przypadku danych przetwarzanych na podstawie zgody – do momentu jej wycofania.
6. Dane osobowe mogą być udostępniane podmiotom świadczącym na rzecz administratora usługi księgowe, prawne, IT, a także instytucjom upoważnionym na mocy przepisów prawa.
7. Każdej osobie, której dane dotyczą, przysługuje prawo do:
 - dostępu do treści swoich danych oraz ich sprostowania,
 - usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania,
 - przenoszenia danych,
 - wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych,
 - cofnięcia zgody w dowolnym momencie (jeżeli dane są przetwarzane na podstawie zgody).
8. Osoba, której dane dotyczą, ma prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (UODO).
9. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, lecz niezbędne do świadczenia usług.
10. Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym nie będą poddawane profilowaniu.

[Załącznik 3] - do wydrukowania i wypełnienia dla pacjenta indywidualnego

Centrum Terapii ITER NOVUM
ul. Oławska 1/58, 01-494 Warszawa
NIP: 5223254355

FORMULARZ ZGODY I DANYCH PACJENTA

prosimy o wypełnienie **WIELKIMI** literami

Dane pacjenta:

- Imię i nazwisko:
- Nr PESEL:
- Adres zamieszkania:
- Adres e-mail:
- Numer telefonu:

Regulamin usług

Oświadczam, że zapoznałem/am się z **Regulaminem świadczenia usług** w Centrum Terapii ITER NOVUM i zobowiązuję się do jego przestrzegania.

RODO

Potwierdzam, że zapoznałem/am się z **Klauzulą informacyjną RODO** Centrum Terapii ITER NOVUM. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji usług psychologicznych/psychoterapeutycznych, wystawiania dokumentów księgowych oraz kontaktu w sprawach związanych z usługami.

Płatności

Zobowiązuje się do płatności za świadczone usługi terapeutyczne dokonując przedpłaty na konto, przed planowanym terminem spotkania, nie później niż w dniu planowanej sesji terapeutycznej.

Data pierwszej wizyty

Podpis pacjenta:

[Załącznik 4]

REGULAMIN PROCESU DIAGNOSTYCZNEGO W CENTRUM TERAPII ITER NOVUM

1. Sesje diagnostyczne odbywają się według ustalonego harmonogramu i obejmują **cztery spotkania** diagnostyczne, każda po 50 minut. **Diagnoza opisowa** wydawana jest po zakończeniu procesu diagnostycznego.
2. Cena diagnozy jest stała i podawana przy zapisie. Płatność za cały proces diagnostyczny musi zostać dokonana przelewem na co najmniej **48 godzin przed** pierwszym spotkaniem.
3. Nieuregulowanie opłaty zgodnie z ustaloną metodą płatności i/lub nieprzesłanie uzupełnionego kwestionariusza zgody na badanie psychologiczne, skutkuje anulowaniem terminu diagnozy.
4. **Odwołanie sesji** diagnostycznej na mniej niż **48 godzin** przed planowanym terminem wiąże się z koniecznością umówienia dodatkowej sesji diagnostycznej, której koszt stanowi **1/4** wartości pakietu diagnostycznego. Brak uiszczenia opłaty za dodatkową sesję skutkuje przerwaniem procesu diagnostycznego. W przypadku przerwania procesu diagnostycznego z przyczyn leżących po stronie pacjenta, nie przysługuje zwrot kosztów za niewykorzystane sesje diagnostyczne.
5. Wybrany dzień i godzina pierwszej wizyty nie gwarantują, że kolejne spotkania odbędą się w tym samym terminie. Po każdej sesji zostanie wyznaczony kolejny termin zgodnie z dostępnością terminarza diagnosty.
6. **Opóźnienie** z winy pacjenta skutkuje skróceniem spotkania o czas opóźnienia. W przypadku spóźnienia, które mogłoby znacznie skrócić proces diagnostyczny, zostanie umówiona dodatkowa sesja diagnostyczna, której koszt będzie stanowił **1/4** wartości pakietu diagnostycznego.
7. Diagnosta zobowiązuje się do zachowania tajemnicy zawodowej oraz do stosowania kodeksu etycznego PTPPB.
8. Diagnosta oświadcza, że posiada stosowne wykształcenie, kompetencje oraz spełnia wymogi do wykonywania zawodu psychologa i psychoterapeuty, oraz jest uprawniony do mianowania się tytułem „psychoterapeuty w trakcie szkolenia” na podstawie obowiązujących przepisów, jak również oświadcza, że posiada odpowiednie kompetencje i przeszkolenia w zakresie wykonywania diagnozy ADHD.
9. W sytuacji zagrożenia zdrowia i/lub życia pacjenta lub diagnosty, diagnosta ma prawo wezwać odpowiednie służby ratunkowe.

[Załącznik 5] - do wydrukowania i wypełnienia dla pacjenta w procesie diagnozy

ZGODA NA UDZIAŁ W BADANIU PSYCHOLOGICZNYM

prosimy o wypełnienie **WIELKIMI** literami

Ja,, (imię i nazwisko pacjenta)

urodzony/a, (data urodzenia), PESEL.....

zamieszkały/a.....

nr telefonu: adres e-mail:

niniejszym wyrażam dobrowolną zgodę na udział w badaniu psychologicznym mającym na celu ocenę występowania objawów zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD), przeprowadzanym w Centrum Terapii ITER NOVUM Iwona Kaźmierczak.

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o celu, przebiegu oraz metodach stosowanych w badaniu, a także o możliwych konsekwencjach diagnostycznych wyników. Rozumiem, że badanie obejmuje wywiad psychologiczny, obserwację kliniczną oraz zastosowanie standaryzowanych narzędzi diagnostycznych.

Przyjmuję do wiadomości, że:

1. Mój udział w badaniu jest dobrowolny i mogę w każdej chwili z niego zrezygnować.
2. Wyniki badania będą objęte tajemnicą zawodową i wykorzystywane wyłącznie do celów diagnostycznych.
3. Po zakończeniu procesu diagnostycznego otrzymam informację zwrotną na temat wyników oraz ewentualnych rekomendacji terapeutycznych.

Oświadczam, że moje pytania dotyczące badania zostały wyczerpująco omówione i nie mam wątpliwości co do jego przebiegu oraz celu.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z regulaminem procesu diagnostycznego i zobowiązuję się do jego przestrzegania.

Potwierdzam, że zapoznałem/am się z Klauzulą informacyjną RODO. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji usługi psychologicznej, wystawiania dokumentów księgowych oraz kontaktu w sprawach związanych z usługami.

.....
(Data i Podpis)

[Załącznik 6] - do wydrukowania i wypełnienia dla opiekuna pacjenta małoletniego

ZGODA RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO

na udział małoletniego w oddziaływaniach terapeutycznych prowadzonych w Centrum Terapii ITER NOVUM
Iwona Kaźmierczak

prosimy o wypełnienie **WIELKIMI** literami

Ja, niżej podpisana/y, (imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego).....

.....zamieszkała/y przy ul.

Nr PESEL..... numer telefonu kontaktowego:,

adres e-mail:.....

oświadczam, że wyrażam zgodę na udział mojego dziecka:

Imię i nazwisko dziecka:

Data urodzenia dziecka:

Nr PESEL dziecka:

w oddziaływaniach terapeutycznych prowadzonych w Centrum Terapii ITER NOVUM Iwona Kaźmierczak
przez wykwalifikowanego specjalistę.

Zostałam/em poinformowana/y o celu, formie, regulaminie i przewidywanym czasie trwania
oddziaływań terapeutycznych oraz przysługującym mi prawie do uzyskania informacji o
przebiegu procesu terapeutycznego, z zachowaniem zasad poufności oraz tajemnicy
zawodowej.

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o Standardach Ochrony Małoletnich funkcjonujących w
Centrum Terapii ITER NOVUM.

Oświadczam, że zapoznałam/am się z **Regulaminem świadczenia usług** w Centrum Terapii ITER NOVUM i
zobowiązuję się do jego przestrzegania.

Potwierdzam, że zapoznałam/am się z Klauzulą informacyjną **RODO** Centrum Terapii ITER NOVUM.
Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych mojego dziecka w celu realizacji usług
psychologicznych/psychoterapeutycznych, wystawiania dokumentów księgowych oraz kontaktu w sprawach
związanych z usługami.

Zobowiązuje się do **płatności** za świadczone usługi terapeutyczne dokonując przedpłaty na konto, przed
planowanym terminem spotkania, nie później niż w dniu planowanej sesji terapeutycznej.

.....
(Data i Podpis rodzica / opiekuna prawnego)