



**CENTRUM
TWOJEGO
ZDROWIA**

Centrum Twojego Zdrowia

Gabinet Lekarski Bartłomiej Guzik-Med

ul. Kielecka 2; 31-526 Kraków

Regon: 120238020; NIP: 676-208-07-33

www.centrumtwojegozdrowia.pl tel. 577 622 122

REGULAMIN WIZYT U PSYCHOLOGA/ PSYCHOTERAPEUTY

Ja niżej podpisany akceptuję poniższy regulamin wizyt u psychologa lub psychoterapeuty obowiązujący w podmiocie leczniczym Gabinet lekarski Bartłomiej Guzik-MED; przychodni Centrum Twojego Zdrowia (ul. Kielecka 2, 31-525 Kraków).

Zasada poufności

Przekazywane podczas sesji informacje będą traktowane jako ściśle poufne. Psychologów obowiązuje tajemnica zawodowa, która może zostać uchylona jedynie wtedy, kiedy przemawia za tym dobro wyższe (np. w przypadku zagrożenia życia lub zdrowia, podejrzenie popełnienia przestępstwa) i tylko wobec osób lub instytucji do tego odpowiednich. Specjaliści poddają swoją pracę superwizji. Oznacza to, że omawiają sposób prowadzenia terapii i jej przebieg z certyfikowanym superwizorem.

Konsultacje psychiatryczne

W uzasadnionych przypadkach (np. nasilenie objawów, kryzys samobójczy) mogę poprosić o podjęcie współpracy z lekarzem psychiatrą. W przypadku odmowy, mogę zdecydować o zakończeniu pracy psychoterapeutycznej.

W przypadku wystąpienia kryzysu samobójczego proszę o odbycie konsultacji z lekarzem psychiatrą.

Opłaty

Cena pojedynczej konsultacji psychologicznej jest dostępna w cenniku w rejestracji przychodni oraz na portalu znanylekarz.pl, płatność można uregulować po spotkaniu: gotówką, kartą lub przelewem na konto bankowe 97 1140 2004 0000 3602 4600 1090. **W przypadku płatności przelewem konieczne jest przesłanie potwierdzenia zapłaty na adres mailowy rejestracja@centrumtz.pl.**

Odwolywanie spotkań i spóźnienia

Opóźnienie pacjenta na sesję lub konsultację nie skutkuje przedłużeniem czasu spotkania.

Konsultacje można odwołać co najmniej 24 godziny przed planowanym spotkaniem wysyłając wiadomość pod numer 577 622 112, lub drogą mailową - na adres rejestracja@centrumtz.pl. W przypadku nieodwołania spotkania z podanym wyżej wyprzedzeniem będziemy prosić o pokrycie kosztów spotkania.

Spotkania anulowane przez Specjalistę nie podlegają opłacie. W przypadku nieobecności Specjalisty z powodu losowych okoliczności, oferuje się Pacjentowi możliwość zorganizowania spotkania w najbliższym dla niego dogodnym terminie. Opłata może zostać przeniesiona na poczet kolejnej konsultacji.

Odwolanie trzech spotkań pod rząd jest jednoznaczne z zakończeniem współpracy, chyba że wcześniej ustalono inaczej.

Czytelny podpis: _____



**CENTRUM
TWOJEGO
ZDROWIA**

Centrum Twojego Zdrowia

oraz Centrum Twojego Zdrowia - Kardiologia Sportowa

ul. Kielecka 2; 31-526 Kraków

Regon: 120238020; NIP: 676-208-07-33

www.centrumtwojegozdrowia.pl tel. 577 622 122

Imię i nazwisko	
Data urodzenia	
Pesel	
Numer telefonu	
Adres zamieszkania	
Wykształcenie	
Informacje na temat leczenia psychiatrycznego: obecnie i w przeszłości	
Informacje o stanie zdrowia: przyjmowane leki, choroby, obecne leczenie	
Imię, nazwisko i numer telefonu osoby, z którą można się kontaktować w sytuacjach awaryjnych (nieobowiązkowo)	

Potwierdzam, iż został wobec mnie dokonany obowiązek informacyjny, o którym mowa w art. 12 ust. 1 - art. 13 ust. 1 – 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

czytelny podpis pacjenta