

Kontrakt

zawarty pomiędzy **Pacjentem**:

Imię i nazwisko:

lub prawnym Opiekunem wyżej wskazanego **Pacjenta** tj., zwanych dalej **Pacjentem**

Adres zamieszkania **Pacjenta**:

E-mail do korespondencji: nr tel:

a **Terapeutą** - Mindflow Studio Aldona Nowakowska, ul. Ogrodowa 6, 83-000 Juszkowo reprezentowanym przez Aldonę Nowakowską,

łącznie nazywanych **Stronami**.

1. Terapeuta oświadcza, że śledzi najnowsze informacje związane ze świadczoną pomocą terapeutyczną oraz zobowiązuje się do ciągłego rozszerzania i aktualizowania swojej wiedzy w celu stosowania najwyższego dostępnego standardu pracy.
2. Oczekiwania wobec terapii są na bieżąco ustalane przez Strony i będą realizowane przy pełnym zaangażowaniu Stron.
3. Braku woli współpracy ze strony Pacjenta lub brak efektów terapii wynikający z zaniechań Pacjenta skutkuje wygaśnięciem Kontraktu ze skutkiem natychmiastowym.
4. Odmowa lub uporczywe unikanie przez Pacjenta działań rekomendowanych przez Terapeutę w postaci np. zaleceń skorzystania z zewnętrznych konsultacji psychoterapeutycznych/ psychiatrycznych/ medycznych, a mających służyć ochronie bieżącego stanu zdrowia Pacjenta lub jego poprawie skutkuje wygaśnięciem Kontraktu ze skutkiem natychmiastowym.
5. Wprowadzanie Terapeuty w błąd przez Pacjenta, z intencją wykorzystania faktu udziału w terapii w celach innych niż utrzymanie lub poprawa stanu zdrowia Pacjenta skutkuje wygaśnięciem Kontraktu ze skutkiem natychmiastowym.
6. Terapeuta nie jest zobowiązany do wystawiania opinii dotyczących udziału Pacjenta w terapii lub jej przebiegu.
7. Terapeuta zobowiązuje się do zachowania tajemnicy zawodowej, z której zwolnić go może jedynie sąd lub uzasadnione podejrzenie, że działania Pacjenta mogą stanowić zagrożenie dla życia / zdrowia Pacjenta lub innych osób. Na wypadek takich okoliczności Pacjent wyraża zgodę na kontakt Terapeuty z osobą wskazaną w pkt 8 Kontraktu lub właściwymi służbami (ośrodku opieki społecznej, Policja, Niebieska Linia itd)
8. Terapeucie przysługuje prawo kontaktu ze wskazaną przez Pacjenta osobą tj.

Imię i nazwisko:..... Numer telefonu:

9. Pacjent wyraża zgodę na ujawnienie danych objętych tajemnicą na wypadek konieczności konsultacji stanu zdrowia Pacjenta z innym specjalistą np. psychiatrą, w zakresie dotyczącym bezpośredniej ochrony stanu zdrowia Pacjenta. Pacjent na żądanie Terapeuty zobowiązuje się do udostępnienia dotyczącej Pacjenta dokumentacji w postaci m.in. opinii, zaleceń, wyników badań.
10. Wszystkie dane na temat Pacjenta pochodzą wyłącznie z wywiadu z Pacjentem lub z przekazanej przez niego dokumentacji. Terapeuta nie ma obowiązku weryfikować przekazanych przez Pacjenta informacji w inny dostępny sposób, a w ich interpretacji kieruje się wyłącznie dobrem Pacjenta. Jeśli Terapeuta zdecyduje się na pozyskanie informacji dotyczących Pacjenta w dowolny inny sposób zobowiązuje się poinformować o tym Pacjenta.
11. W momencie terapii uznanym przez Terapeuta za dogodny Pacjentowi może zostać zaproponowane zastosowanie uzupełniających narzędzi terapeutycznych np. Safe & Sound Protocol™. Zastosowanie dodatkowych narzędzi nie jest obligatoryjne i każdorazowo wymaga wyrażenia zgody przez Pacjenta na zastosowanie narzędzia, po zapoznaniu się ze szczegółami jego działania i potencjalnego wpływu na dalsze funkcjonowanie Pacjenta.
12. Praca Terapeuty jest superwizowana tj. Terapeuta zastrzega sobie prawo do konsultowania przebiegu realizowanej terapii z innym specjalistą, przy zachowaniu w tajemnicy danych osobowych umożliwiających identyfikację Pacjenta.
13. Każda sesja terapeutyczna trwa maksymalnie 50 minut, a spóźnienie Pacjenta nie wydłuża jej trwania.
14. **Każda sesja może zostać bezkosztowo odwołana przez Pacjenta nie później niż 24 godziny (1 dzień roboczy) drogą telefoniczną. W przypadku podjęcia próby odwołania sesji przez Pacjenta drogą elektroniczną (SMS/ inne dostępne dla Terapeuty media) anulowanie sesji następuje wyłącznie po potwierdzeniu ze strony Terapeuty za pośrednictwem medium użytego do zgłoszenia.**
15. **W przypadku odwołania sesji w czasie krótszym niż 24 godziny (1 dzień roboczy) przed ustalonym terminem sesji Pacjent ponosi pełną opłatę za niezrealizowaną sesję oraz skutkuje utratą zarezerwowanego terminu. Umówienie kolejnej sesji wymaga ustalenia nowego terminu (dzień/godzina) z Terapeutą.**
16. Uporczywe odwoływanie sesji może skutkować wygaśnięciem Kontraktu ze skutkiem natychmiastowym.
17. Pacjent bierze pełną odpowiedzialność za to czy, kiedy, w jaki sposób i z jakim skutkiem zastosuje wiedzę przekazaną przez Terapeutę. Terapeuta zwolniony jest z odpowiedzialności za terapię, która w wyniku zaniechania lub niepożądanego działania Pacjenta nie przyniosła oczekiwanego efektu lub przyniosła efekt niepożądany / nieproporcjonalny do poniesionych środków.
18. Treść Kontraktu może być zmodyfikowana wyłącznie w postaci pisemnego aneksu podpisanego przez każdą ze Stron lub podpisanie nowego kontraktu.
19. W sprawach nieuregulowanych Kontraktem znajdują zastosowanie właściwe przepisy prawa, w tym przepisy Kodeksu Cywilnego.
20. Ewentualne spory wynikłe ze stosowania Kontraktu Strony zobowiązują się rozwiązywać polubownie, a jeśli okaże się to niemożliwe, poddadzą je do rozstrzygnięcia Sądowi Powszechnemu właściwemu dla Terapeuty.
21. Pacjent wyraża zgodę na otrzymywanie korespondencji elektronicznej związanej z działalnością Terapeuty (np. faktur) drogą elektroniczną na adres e-mail wskazany w Kontrakcie. Zgoda może zostać wycofana w dowolnym terminie.
22. **Brak płatności za fakturę we wskazanym na fakturze terminie skutkuje utratą zarezerwowanego terminu.**
23. Kontrakt terapeutyczny został sporządzony w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.
24. Pacjent podpisując Kontrakt oświadcza, że zapoznał się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych, która stanowi Załącznik nr 1 do niniejszego Kontraktu.

.....
podpis Terapeuty

.....
podpis Pacjenta