



Kraków,

KONTRAKT WSTĘPNY

Ja,, podejmuję następujące zobowiązania:

1. Będę uczestniczyć we wszystkich spotkaniach diagnostycznych. Konsultacje z lekarzem psychiatrą mają charakter diagnostyczny i wpływają na kwalifikację do leczenia. Leczenie prowadzone przez lekarza psychiatrę (kolejne wizyty) jest możliwe po rozpoczęciu terapii.
2. Jeśli nie będę mógł/mogła stawić się w wyznaczonym terminie, odwołam spotkanie co najmniej 24 godziny wcześniej.
3. Dwukrotne opuszczenie spotkania bez wcześniejszego uprzedzenia albo notoryczne opuszczanie spotkań poprzez ich odwoływanie oznacza zerwanie kontraktu terapeutycznego.
4. Odbędę wizytę lekarską w tutejszej Poradni.
5. Zachowam całkowitą abstynencję od alkoholu, narkotyków, leków zmieniających nastrój oraz od gier hazardowych. O przerwaniu abstynencji poinformuję terapeutę prowadzącego. Przyjmuję do wiadomości, że przerwanie abstynencji może skutkować zerwaniem kontraktu terapeutycznego.
6. Będę wykonywać zadania zlecone przez terapeutę.
7. Wyrażam zgodę na badanie alkomatem oraz testem na obecność narkotyków.
8. W przypadku przerwania procesu diagnozy ustalę ponownie termin konsultacji diagnostycznej. Przerwanie procesu diagnozy obejmuje nieprzyjście na spotkanie albo odwołanie go później niż 24 godziny przed planowanym terminem. W przypadku złamania kontraktu zostaną wpisany/a na okres motywacyjny trwający 3 miesiące. W tym okresie nie korzystam z usług Poradni. Po jego upływie mogę ponownie zapisać się w rejestracji na spotkanie diagnostyczne.
9. Wyrażam zgodę na wymianę niezbędnych informacji dotyczących procesu terapeutycznego, pozyskanych w trakcie terapii w Poradni Leczenia Uzależnień i Współuzależnienia, pomiędzy współistniejącymi w strukturze CM UNIMED sp. z o.o. komórkami organizacyjnymi zajmującymi się terapią i psychoterapią. Wymiana ta ma na celu zapewnienie mi oraz – w razie potrzeby – mojej rodzinie kompleksowego wsparcia terapeutycznego, dostosowanego do indywidualnych potrzeb. W uzasadnionych przypadkach, gdy terapia dotyczy także relacji rodzinnych, informacje mogą być wykorzystywane do planowania i koordynacji działań terapeutycznych obejmujących również członków mojej rodziny. Przekazywane informacje będą obejmowały jedynie te aspekty procesu terapeutycznego, które są istotne dla skutecznej współpracy pomiędzy jednostkami terapeutycznymi. Nie będą zawierały szczegółowych treści sesji ani innych wrażliwych danych wykraczających poza niezbędny zakres. Informacje będą przekazywane wyłącznie w zakresie niezbędnym do optymalizacji procesu terapeutycznego, z zachowaniem poufności oraz zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, w tym zasadami ochrony danych osobowych (RODO).

.....
podpis diagnosty

.....
podpis pacjenta