

# ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ

Психотерапевтичният процес е взаимодействие, което се осъществява при определени условия. Моля, имайте предвид и спазвайте следното при започване на терапия:

Всяка сесия е с продължителност 50 минути.

Всяка сесия е в удобно за вас и мен време, което се уговаря предварително с обаждане и заявка от ваша страна. В случай, че сте пълнолетно лице, записването се осъществява с лично обаждане по телефона.

Честотата на сесиите може да бъде един - два пъти седмично или веднъж на две седмици. Обикновено са нужни около 15-20 сесии за справяне с даден проблем. В случай, че има нужда, след изтичането им, правим предоговаряне за допълнителни сесии и продължаване на терапията. За една по-дълбинна промяна е необходима по-продължителна терапия, която е много индивидуална според характеристиката динамика и проблематика.

Ако не можете да се явите на сесия, моля, предупреждавайте с лично обаждане 24 часа по-рано. Както моето, така и вашето време е скъпо. В случай, че не се явите на сесия, и не ме информирате един ден по-рано, на следващата сесия заплащате и пропуснатата.

Задължително предоставяте информация за: Минали и настоящи физически и психически заболявания. Приемани медикаменти, включително и хомеопатични лекарства. Името и координати на лекуващия личен лекар, психиатър, невролог и др. Посещавани йога, дихателни практики и други енергийни курсове и семинари. Посещения при всякакъв вид други терапевти, екстрасенси и др.

Отговорността за евентуалните странични действия на посещенията от вас терапии, провеждани от нетрадиционни терапевти, паралелни сесии при други терапевти, курсове, както и приемани медикаменти е ваша!

Закъсненията за сесия са за ваша сметка. Сесията не се удължава до обичайните 50 минути.

Резултатите са индивидуални, зависят от сътрудничеството между вас и мен. И не могат да бъдат 100 % гарантирани. Вашата ангажираност към процеса и поставяните задачи за домашна работа и практика е от голямо значение за резултата.



В случай, че решите да прекратите терапията преди договорения срок, е задължително да ме уведомите лично. Това се случва като си уговорите една последна сесия, в която да анализираме причините за отказа, както и да бъдат дадени обратни връзки за затваряне на опита. Необходимо е и да подпишете, че по свое желание прекратявате курса на терапия, като споменавате в съгласието евентуални причини за отказа. Ако след време решите да се върнете, е нужно да знаете, че предоговаряме условията за терапия, както и започваме терапията от самото начало. Мое право е да реша да не ви приема отново, ако сте си позволили да не се обадите, за да прекратите терапията си и без подпишете информираното съгласие, както е посочено по-горе.

Работата в индивидуални сесии и група се основава на спазване на следните принципи: поверителност, прозрачност, съответност, даване и приемане на обратна връзка, приемане на момента тук и сега. Същността на тези принципи се обсъжда по време на сесия.

Всички страни, терапевт и участници, са длъжни да запазват тайната на споделената информация и случване, независимо дали става дума за индивидуална сесия или група.

Аз, като терапевт, имам право да прекратя терапията, когато преценя, че не сътрудничите и оставате по-дълго от обичайното време в съпротива срещу терапията.

В хода на терапията е възможно да ви пренасоча и към друг терапевт, лекар или друго специализирано лице, за да гарантираме по-комплексно разрешаване на случая.

Тъй като основният метод, който използвам, е психотелесна терапия, по време на сесия е допустим физически контакт под формата на неорайхиански масаж, който е предназначен да отблокира актуализирани физически напрежения и блокажи, за да се осигури по-плавно протичане на енергията в тялото.

Имайте предвид, че първите една или две сесии са диагностични за проучване на проблема и същинската терапия би могла да стартира след тези първи сесии.

**КРЕМЕНА  
СТАНИЛОВА**

Съгласен/съгласна съм с условията на терапия.

Име	
-----	--

Дата на раждане	
-----------------	--

Адрес		Телефон	
-------	--	---------	--

Име на личен лекар	
--------------------	--

Име на лекуващ психиатър, невролог,терапевт	
--	--

Приемани медикаменти	
-------------------------	--

Прекарани заболявания, вкл.и психиатрични	
--	--

Роднини с психиатрични заболявания	
---------------------------------------	--

Посещавам други форми на терапия	
-------------------------------------	--

Метод на заплащане		Дата на започване на терапията	
-----------------------	--	-----------------------------------	--

Подпис-Клиент

\_\_\_\_\_

Подпис-Терапевт

\_\_\_\_\_

Желая да прекратя терапията преди договорения срок.

Причина

---

---

Дата на прекратяване

---

КРЕМЕНА  
СТАНИЛОВА