

CONSENSO INFORMATO PSICOTERAPIA MINORI E INTERDETTI

Il Dott./la Dott.ssa _____ Psicologo/a e Psicoterapeuta iscritto/a all'Albo degli Psicologi della Regione _____ (n.iscr. _____) e annotato/a nell'elenco degli psicoterapeuti, assicurato/a con polizza RC professionale sottoscritta con _____ n. _____ qui di seguito indicato/a come **professionista**, prima di rendere prestazioni professionali nei confronti di:

Nome e Cognome _____ nato/a a _____

il _____ e residente a _____

PROV. _____ in via _____ c.f. _____

fornisce

al Sig./Sig.ra (**genitore 1 o tutore legale**) _____

nato/a a _____ il _____ e

residente a _____ CAP _____ PROV. _____

in via _____ c.f. _____

al Sig./Sig.ra (**genitore 2 o tutore legale**) _____

nato/a a _____ il _____ e

residente a _____ CAP _____ PROV. _____

in via _____ c.f. _____

le seguenti informazioni:

- **I recapiti del/della professionista** sono i seguenti: Tel. e/o Cell. _____ - mail: _____ PEC: _____
- **Il trattamento** offerto viene reso presso (studio privato, ambulatorio...) sito in _____
- **Lo scopo del trattamento** è quello di aiutare il/la paziente ad acquisire una maggiore consapevolezza delle problematiche riferite e a sviluppare le proprie risorse personali, per il conseguimento di un migliore equilibrio psichico. A tal fine potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico (art.1 della Legge 56/1989).
- **Lo strumento principale di intervento** è il colloquio clinico, della durata di _____ minuti, con frequenza da concordare con il/la professionista.
- **Il/la professionista** può utilizzare strumenti conoscitivi e di approfondimento diagnostico quali test, questionari, ecc. ed è tenuto/a a comunicarne l'esito.
- **Il trattamento di tipo psicoterapeutico** sarà a orientamento di tipo _____. Esistono vari tipi di approccio psicoterapeutico oltre a quello utilizzato dal/dalla professionista.

- **I benefici** e gli effetti conseguibili mediante la psicoterapia sono i seguenti: riduzione della sofferenza psico-emotiva, promozione del benessere psicologico, raggiungimento di un miglior equilibrio psichico personale, miglioramento delle capacità relazionali, miglioramento della gestione dei propri stati emotivi, raggiungimento di una migliore comprensione di sé e dell'altro.
- Il/La professionista può valutare ed eventualmente proporre **l'interruzione del rapporto** quando constatata che non vi sia alcun beneficio dall'intervento e non sia ragionevolmente prevedibile che ve ne saranno dal proseguimento dello stesso. Se richiesto può fornire le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (art.27 del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani).
- In qualunque momento **il/la professionista potrà interrompere il trattamento** psicoterapeutico per necessità e/o impedimento personale, o per esigenze relative alla psicoterapia stessa, e potrà anche consigliare ai genitori/tutori del/della paziente di avvalersi di un altro psicoterapeuta.
- Il/la professionista, qualora lo ritenga opportuno, potrà consigliare ai genitori/tutori del/della paziente **l'intervento di un altro specialista** o, se lo ritiene necessario, potrà consigliargli di rivolgersi ad uno specialista medico sia per patologie organiche, sia per terapie psicofarmacologiche.
- Il/La professionista è strettamente tenuto/a ad attenersi alle norme del **Codice Deontologico degli Psicologi Italiani** e ha l'obbligo al **segreto professionale**, derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso degli interessati o per ordine dell'Autorità Giudiziaria. Il Codice Deontologico è disponibile per la consultazione su richiesta.
- Il/la **professionista** si impegna ad eseguire l'incarico utilizzando strumenti e tecniche validate dal punto di vista scientifico, coerenti con il modello teorico e metodologico a cui fa riferimento.
- **La prestazione** fornita dal/dalla professionista potrà prevedere le seguenti attività:
diagnosi psicologica
consulenza psicologica
sostegno psicologico
psicoterapia
(altra) _____

Ai sensi dell'art.9 comma 4 del D.L. n.1/2012 (convertito, con modificazioni, dalla Legge n.27/2012 e modificato dal comma 150 della Legge n.124/2017), si formula il preventivo di massima nei seguenti termini:

- **Il corrispettivo** per le prestazioni ricevute è di €
_____ per ciascuna seduta individuale
_____ per ciascun colloquio familiare (quota complessiva)

Gli importi indicati sono comprensivi del 2% di Cassa Previdenza e le prestazioni sono di tipo sanitario, esenti IVA ai sensi dell'art.10 comma 1, n.18 del D.P.R. 633/72 e successive modificazioni.

Per le fatture superiori a 77,47 Euro, all'importo totale verranno aggiunti Euro 2,00 di imposta di bollo.

- **Termini di pagamento:** _____).
- Il **compenso** è predefinito tenendo conto della tipologia di prestazione effettuata. Si precisa che il compenso non può essere condizionato all'esito o ai risultati dell'intervento professionale. Il corrispettivo suindicato è formulato in relazione a un tariffario scelto dalla professionista, indicato in termini generali o parziali, a seconda delle circostanze prevedibili e delle informazioni fornite e disponibili all'atto della redazione del presente modulo. Il preventivo economico deve comunque intendersi suscettibile di modifiche, da comunicare per iscritto, qualora le prestazioni da svolgere cambino o si integrino radicalmente rispetto a quanto prospettato e comunicato o siano maggiormente complesse rispetto a quelle ad oggi ipotizzabili.
- Il corrispettivo concordato potrà subire un aumento, in caso di terapia prolungata, dopo _____ anni dalla sottoscrizione del presente modulo, previa comunicazione scritta da parte del professionista.
- La **durata** globale del trattamento non è definibile a priori, e viene concordata periodicamente con il/la professionista sulla base delle esigenze del/della paziente, compatibilmente con la tipologia dell'intervento in corso.
- In qualunque momento i genitori/tutori del/la minore/interdetto potranno **interrompere il trattamento** psicoterapeutico sullo/a stesso/a. Al fine di permettere il miglior risultato del trattamento, avranno cura di comunicare al/alla terapeuta la volontà di interruzione, rendendosi comunque disponibili ad effettuare un ultimo incontro finalizzato alla sintesi del lavoro svolto fino ad allora.

Il/la Sig./Sig.ra (Genitore 1 o tutore)

e Il/la Sig./Sig.ra (Genitore 2 o tutore)

letto attentamente quanto riportato nella presente informativa, dichiara/dichiarano di aver compreso quanto spiegato dal/dalla professionista e quanto sopra riportato e pertanto, con piena consapevolezza, in virtù della responsabilità genitoriale/tutoria, presta/prestano il suo/loro consenso affinché

_____, si avvalga delle prestazioni professionali del/la Dott./Dott.ssa _____, come sopra descritte, accentandone i rischi connessi, parimenti sopra descritti.

Firma (genitore 1/tutore)

Firma (genitore 2/tutore)

Luogo e data: _____