

CONSENSO INFORMATO PSICOTERAPIA

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

del/della Sig./ra _____ c.f. _____

nato/a a _____ il _____

e residente in via _____ CAP _____

città _____ prov. _____

qui di seguito indicato/a come **paziente**, fornisce 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 constata 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 al/alla paziente di avvalersi di un altro psicoterapeuta.
- Il/la professionista, qualora lo ritenga opportuno, potrà consigliare al/alla 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 del/della paziente o per ordine dell'Autorità Giudiziaria. Il Codice Deontologico è disponibile per la consultazione su richiesta del/della paziente.
- 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
 - (altro) _____

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 ciascuna seduta di coppia (quota complessiva per 2 persone)
_____ per ciascuna seduta di gruppo (quota individuale)

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 al/alla paziente.
- 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.
- **L'interruzione del trattamento da parte del/della paziente può avvenire in qualsiasi momento.** In tal caso il/la paziente si impegna a comunicare al professionista la volontà di interruzione e si rende disponibile ad effettuare un ultimo incontro finalizzato alla sintesi del lavoro svolto fino ad allora.

Il/la paziente dichiara di aver compreso quanto spiegatogli/le dal professionista e quanto sopra riportato e pertanto, con piena consapevolezza, decide di avvalersi delle prestazioni professionali dello stesso, come sopra descritte, accentandone i rischi connessi parimenti sopra descritti.

Firma

Luogo e data: _____