Regulamin przyjęć
w Ośrodku Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej
dla dzieci i młodzieży w Centrum CBT

1. Wizyty w Ośrodku Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży, można umówić telefonicznie lub osobiście w Recepcji Centrum
2. Wizyty odbywają się osobiście lub za pomocą systemów teleinformatycznych. Decyzja o rodzaju prowadzonej porady przekazywana jest w momencie zapisu pierwszorazowego.
3. Odwołanie wizyty następuje na życzenia pacjenta. Wizyta jest potwierdzana telefonicznie lub sms (tel. 507 130 919 – z podaniem danych personalnych; daty i godziny wizyty oraz Nazwiska prowadzącego) z minimum jednodniowym wyprzedzeniem.
4. Każdy pacjent rozpoczyna proces terapeutyczny od diagnozy psychologicznej, elementem której jest przeprowadzenie szczegółowego wywiadu, zapoznanie się z dokumentacją udostępnioną przez opiekuna pacjenta niepełnoletniego/pacjenta pełnoletniego oraz kontakt terapeuty środowiskowego ze szkołą pacjenta. Na zakończenie diagnozy psycholog przedstawia ustalony plan leczenia i przekazuje go opiekunowi pacjenta niepełnoletniego/pełnoletniemu pacjentowi.
5. Nieodwołana wizyta diagnostyczna skutkuje, odwołaniem wszystkich 3 zaplanowanych wcześniej wizyt.
6. Nieodwołanie wizyty bądź odwołanie wizyty w dzień jej realizacji, ma wpływ na ciągłość procesu terapeutycznego i może skutkować jego przerwaniem. Dlatego też nieusprawiedliwione trzykrotne niestawienie się na wizytę, skutkuje odwołaniem wszystkich zaplanowanych wizyt oraz przeniesieniem pacjenta do kolejki oczekujących.
7. Spóźnienie się pacjenta na wizytę nie oznacza, że zaplanowana wizyta odbędzie się w pełnym wymiarze czasowym przewidzianym na wizytę. (Spóźnienie się na wizytę skraca czas trwania wizyty o czas spóźnienia). Prosimy o poinformowanie recepcji o ewentualnym spóźnieniu się pacjenta na wizytę.
8. Pacjent / Opiekun pacjenta niepełnoletniego, świadomie podpisuje regulamin, jednocześnie zgadzając się na prowadzony proces terapeutyczny w przedmiotowej poradni.

…….. ……..

Data podpis

KARTA ZGŁOSZENIA DZIECKA DO PORADNI OŚRODKA ŚRODOWISKOWEJ OPIEKI PSYCHOLOGICZNEJ I PSYCHOTERAPEUTYCZNEJ DLA DZIECI I MŁODZIEŻY W CEBTRUM CBT

Imię i nazwisko pacjenta / dziecka: ……

Data urodzenia: …….. Miejsce urodzenia: ……

Pesel pacjenta / dziecka: ……..

Imię i nazwisko ojca: …… Pesel: ……..

Imię i nazwisko matki: …… Pesel: ……..

Miejsce stałego zamieszkania: ……

…….. kod pocztowy: …….. miasto: ……..

Numer telefonu kontaktowego : ……

Adres email: ……..

Opiekun prawny pacjenta (posiadający prawo do opieki):

- Oboje rodziców
- Jedno z rodziców: ……
- Inny: (dane personalne): ……..
  Stopień pokrewieństwa: ……
  Adres:……
  Telefon: ……..

Pacjent ubezwłasnowolniony:

- Całkowicie
- Częściowo
- Nie

…….. ……..

Data podpis

1. Administratorem danych osobowych jest Centrum CBT Sp. z o.o., ul. Marszałkowska 8/11, 00-950 Warszawa, zarejestrowana w rejestrze przedsiębiorców XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie pod nr KRS 0000125825, posiadająca NIP: 5262640772, REGON: 01522440000000.
2. Dane osobowe przekazane nam na potrzeby świadczenia usług przez Centrum CBT będą przetwarzane wyłącznie na poczet jej realizacji i nie udostępniane innym podmiotom.