Zgoda na nagrywanie sesji psychoterapeutycznych (wideo i/lub audio\*)

Ja niżej podpisany/a ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... upoważniam psychoterapeutę,…………………………………………………………………………, do nagrywania sesji terapeutycznych z moim dzieckiem \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, za pomocą dyktafonu i kamery\*. Do nagrania nie zostanie przypisana żadna informacja identyfikująca moje dziecko, czy też moją osobę.

Nagrania mogą zostać wykorzystane wyłącznie względem grupy specjalistów z obszaru zdrowia psychicznego w trakcie procesu superwizji. Od każdego, kto zapoznaje się z treścią nagrań, wymagane jest zachowanie tych treści w tajemnicy. Członkowie powyższej grupy zobowiązują się do nie dzielenia się żadnymi treściami sesji z kimkolwiek, kto nie należy do powyższej grupy. Żadne z treści pojawiających się na sesjach, nie mogą być omawiane poza powyższą grupą.

Oświadczam, że mam możliwość wycofania zgody na nagrywanie sesji terapeutycznych mojego dziecka. Zostałem(am) poinformowany(a), że mój udział w tym przedsięwzięciu nie jest obligatoryjny. Jeśli wyraziłem(am) tę zgodę, mogę wycofać się z niej w każdym późniejszym momencie leczenia. Odmowa zgody lub wycofanie jej, nie zagrozi żadnym usługom lub leczeniu jakie otrzymuje moje dziecko. Jestem świadomy/a, że moja decyzja o uczestnictwie mojego dziecka w tym przedsięwzięciu, może zostać unieważniona przez mojego terapeutę w każdym momencie, jeśli w jego opinii jest to konieczne dla dobra zdrowia psychicznego mojego dziecka lub mojego własnego. Oświadczam również, iż zapoznałem(am) się z powyższą informacją, rozumiem jej treść oraz moje dziecko wie o mojej zgodzie na nagrywanie i samo wyraziło zgodę na nagrywanie stosownie do swojego wieku.

... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ...

 Podpis(y) opiekunów Imię i nazwisko (czytelne) Miejsce/Data

Oświadczam, że omówiłem treść tej zgody z wyżej podpisanym opiekunem, który jest w pełni władz umysłowych oraz prawnych, aby móc taką zgodę wyrazić, oraz odpowiedziałem na wszystkie zadane przez niego(nią) pytania, jak i byłem świadkiem złożenia powyższego podpisu.

... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ...

 Podpis terapeuty Imię i nazwisko (czytelne) Miejsce/Data

\* - niepotrzebne skreślić