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

Ja niżej podpisany ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ( dalej jako Pacjent) upoważniam mojego psychoterapeutę, ……………………………………………., do nagrywania moich sesji terapeutycznych z nim przy użyciu dyktafonu i kamery\*. Do nagrania nie zostanie przypisana żadna informacja identyfikująca 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 moich sesji terapeutycznych. Zostałem poinformowany, że mój udział w tym przedsięwzięciu nie jest obligatoryjny. Jeśli wyraziłem tę zgodę, mogę wycofać się z niej w każdym późniejszym momencie leczenia. Odmowa zgody lub wycofanie jej, nie zagrozi żadnym usługom lub leczeniu jakie otrzymuję. Jestem świadomy, że moja decyzja o uczestnictwie w tym przedsięwzięciu, może zostać unieważniona przez mojego terapeutę w każdym momencie, jeśli w jego opinii jest to konieczne dla dobra mojego zdrowia psychicznego. Oświadczam również, iż zapoznałem się z powyższą informacją oraz że rozumiem jej treść.

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

Podpis pacjenta Imię i nazwisko (czytelne) Miejsce/data

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

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

Podpis terapeuty Imię i nazwisko (czytelne) Miejsce/data

\* - niepotrzebne skreślić