

## INFORMOVANÝ SOUHLAS S PSYCHOSOMATICKÝM PORADENSTVÍM

Já, níže podepsaný/á klient/ka, potvrzuji, že jsem byl/a seznámen/a s charakterem poskytovaných služeb a souhlasím s následujícími podmínkami.

### 1. CHARAKTER POSKYTOVANÉ SLUŽBY

Psychosomatické poradenství je podpůrná poradenská činnost zaměřená na hledání souvislostí mezi psychickým prožíváním, životní situací a tělesnými obtížemi.

Služby poskytované Julií Burovou nejsou zdravotní službou podle platných právních předpisů České republiky.

Poskytované konzultace nenahrazují:

- lékařskou péči,
  - psychologickou diagnostiku,
  - psychoterapii,
  - psychiatrickou léčbu,
  - farmakologickou léčbu.
- ODPOVĚDNOST KLIENTA

Beru na vědomí, že za svůj zdravotní stav a veškerá zdravotní rozhodnutí nesu plnou odpovědnost.

V případě zdravotních potíží, akutního zhoršení zdravotního stavu nebo psychické krize jsem povinen/povinna vyhledat odpovídající zdravotní péči.

Rozhodnutí, zda doporučení získaná během konzultace využiji, činím svobodně a na vlastní odpovědnost.

### 1. DŮVĚRNOST

Veškeré informace sdělené během konzultací jsou považovány za důvěrné.

Poskytovatelka zachovává mlčenlivost o obsahu konzultací s výjimkou případů vyplývajících z právních předpisů nebo situací, kdy existuje bezprostřední ohrožení života či zdraví klienta nebo jiné osoby.

### 1. DOBROVOLNOST SPOLUPRÁCE

Účast na konzultacích je dobrovolná.

Mohu kdykoliv ukončit spolupráci nebo odmítnout odpovědět na otázky, které jsou mi nepříjemné.

### 1. OMEZENÍ ODPOVĚDNOSTI

Beru na vědomí, že psychosomatické poradenství nemůže garantovat konkrétní výsledek, odstranění zdravotních obtíží ani změnu životní situace.

Každý klient reaguje na poradenský proces individuálně a výsledky nelze předem zaručit.

#### 1. SOUHLAS SE ZPRACOVÁNÍM INFORMACÍ POSKYTNUTÝCH V RÁMCI KONZULTACE

Souhlasím s tím, že informace, které dobrovolně poskytnu v rámci konzultace, mohou být využity výhradně za účelem poskytování psychosomatického poradenství a vedení klientské dokumentace v rozsahu nezbytném pro poskytování služeb.

Tyto informace nebudou bez mého souhlasu předávány třetím osobám, s výjimkou případů stanovených zákonem.

#### 1. PROHLÁŠENÍ KLIENTA

Prohlašuji, že jsem si tento dokument přečetl/a, jeho obsahu rozumím a souhlasím s ním.

Potvrzuji, že využívám psychosomatické poradenství dobrovolně a z vlastní vůle.

Jméno a příjmení klienta: \_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_

Podpis klienta: \_\_\_\_

Poskytovatelka:

Julia Burova  
IČO: 06164200

Datum: \_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_