

CONSENSO INFORMATO ALLA PSICOTERAPIA PER MINORI

Il sottoscritto dott. _____, Psicologo
Psicoterapeuta iscritto all'Ordine degli Psicologi della Basilicata dal _____ n.
_____ prima di rendere prestazioni professionali in favore del minore
_____ nato/a a _____ il ___/___/___ e
residente in _____, fornisce le
seguenti informazioni al Sig. _____
nato a _____ il ___/___/___ (padre del minore) e alla Sig.ra
_____ nata a _____
il ___/___/___ (madre del minore), esercenti la potestà genitoriale:

- Il trattamento psicoterapeutico sarà reso presso ____ (studio privato, ambulatorio...) sito in _____.
- Tale trattamento è finalizzato al conseguimento di un migliore equilibrio psichico personale; 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.
- La prestazione psicoterapica sarà di orientamento _____ (indicare l'approccio psicoterapeutico utilizzato dal professionista);
- Esistono vari tipi di approccio psicoterapeutico oltre a quello utilizzato dal terapeuta;
- Lo strumento principale di intervento sarà il colloquio clinico della durata di minuti ciascuno, con frequenza da valutare in relazione alla problematica psicologica e alla disponibilità del paziente;
- La durata del trattamento, sebbene non definibile nel suo complesso a priori, avrà una durata prevedibile di n. ____ sedute.
- 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 e dei propri impulsi, raggiungimento di una migliore comprensione di sé e dell'altro.

- Il trattamento psicoterapico potrebbe in alcuni casi rivelarsi inefficace e non in grado di produrre gli effetti desiderati; in tal caso sarà cura del professionista informare adeguatamente i genitori e valutare se proporre la prosecuzione del rapporto terapeutico, se ipotizzare altre strategie e/o percorsi terapeutici o se interromperlo.
- In qualunque momento i genitori del minore potranno interrompere il trattamento psicoterapico sul figlio. Al fine di permettere il miglior risultato dello stesso, avranno cura di comunicare al terapeuta la volontà di interruzione, rendendosi comunque disponibili a far effettuare un ultimo incontro finalizzato alla sintesi del lavoro svolto fino ad allora;
- In qualunque momento lo psicoterapeuta potrà interrompere il trattamento psicoterapico per necessità e/o impedimento personale, o per esigenze relative alla psicoterapia stessa;
- Lo psicoterapeuta, qualora lo ritenga opportuno potrà consigliare ai genitori del minore l'intervento di un altro specialista o, se lo ritiene necessario, potrà consigliare di rivolgersi ad uno specialista medico sia per patologie organiche, sia per terapie psicofarmacologiche.
- Lo psicoterapeuta è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, a disposizione dei genitori per la consultazione. Ha l'obbligo al segreto professionale, derogabile solo per ordine dell'Autorità Giudiziaria o previo valido e dimostrabile consenso del paziente e, quindi, nel caso di specie, di chi esercita la potestà genitoriale;
- Il compenso, determinato sulla base del Tariffario dell'Ordine degli Psicologi, tenendo conto della tipologia di prestazione effettuata, è stato preventivamente comunicato ai genitori del minore.

Dopo ampio colloquio esplicativo di quanto sopra riportato, avvenuto in data __/__/__, si invitano i genitori del minore a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

Il Sig. _____ e la Sig.ra _____, genitori del minore _____, letto attentamente quanto riportato nella presente informativa, dichiarano di aver compreso quanto spiegato dal professionista e quanto sopra riportato e pertanto, con piena consapevolezza, in virtù

della potestà genitoriale, prestano il loro consenso affinché il figlio minore si avvalga delle prestazioni professionali del dott. _____ come sopra descritte, accettandone i rischi connessi, parimenti sopra descritti.

In fede

Luogo, __/__/____

Firma (padre del minore)

Firma (madre del minore)
