

Regulamin przyjęć w Ośrodku Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży w Rawie Mazowieckiej

1. Wizyty w Ośrodku Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży, można umówić telefonicznie lub osobiście w Recepcji Ośrodka.
2. Wizyty odbywają się osobiście lub za pomocą systemów teleinformatycznych.
3. Odwołanie wizyty następuje na życzenia pacjenta.
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 z rodziną/szkołą pacjenta. Liczba wizyt diagnostyczno-konsultacyjnych wynosi minimum 3; maksimum 5. 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. 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.
7. Pacjent / Opiekun pacjenta niepełnoletniego, świadomie podpisuje regulamin, jednocześnie zgadzając się na prowadzenie procesu terapeutycznego w przedmiotowej poradni.

.....
Data podpis

**KARTA ZGŁOSZENIA DZIECKA DO PORADNI OŚRODKA ŚRODOWISKOWEJ
OPIEKI PSYCHOLOGICZNEJ I PSYCHOTERAPEUTYCZNEJ DLA DZIECI I
MŁODZIEŻY W RAWIE MAZOWIECKIEJ**

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 kontaktowy:

Adres mail:

Opiekun prawny pacjenta (posiadający prawo do opieki):

o Oboje rodziców

o Jedno z rodziców:

.....

o Inny: dane personalne:

.....

Stopień pokrewieństwa:

.....

Adres:.....

.....

Telefon:.....

Pacjent ubezwłasnowolniony:

o Całkowicie o Częściowo o Nie

.....

Data podpis