

INFORMÁLT SZÜLŐI BELEEGYEZŐ ÉS TÁJÉKOZTATÓ NYILATKOZAT

(Kiskorú személy pszichológiai ellátásához)

1. A gyermek (kliens) adatai

Gyermek neve: _____

Születési helye és ideje: _____

Anyja születési neve: _____

Lakcíme: _____

2. A szülők / törvényes képviselők adatai

1. Szülő/Gondviselő neve: _____

Lakcíme: _____

Telefonszáma: _____ E-mail címe: _____

2. Szülő/Gondviselő neve: _____

Lakcíme: _____

Telefonszáma: _____ E-mail címe: _____

3. Tájékoztató a pszichológiai ellátás kereteiről

Az ellátás önkéntessége és a folyamat lezárása: Az ellátásban való részvétel önkéntes, így a folyamat a szülő vagy a gyermek kérésére bármikor megszakítható. A gyermek érzelmi biztonsága és a terápiás kapcsolat védelme érdekében azonban a folyamat hirtelen megszakítása helyett **minden esetben javaslom egy közösen egyeztetett lezáró (búcsú)ülés megtartását.** Ez lehetőséget biztosít a gyermek számára a közös munka érzelmileg biztonságos lezárására.

A titoktartás és a gyermek biztonsága: A gyermekével kialakuló bizalmi kapcsolat védelme érdekében az üléseken elhangzott konkrét részletek köztem és a gyermek között maradnak, Önt a folyamat haladásáról és a főbb irányokról tájékoztatom. Az ellátással kapcsolatban szigorú titoktartás kötelező, azonban a gyermek közvetlen veszélyeztetettsége vagy krízishelyzete esetén jelzési kötelezettségem van az illetékes védelmi és hatósági szervek, illetve a szülő felé.

A közös munka jellege és szakmai keretei: Munkám fókuszja a gyermek érzelmi támogatása és a szülői konzultáció, mely **jogilag és szakmailag is elkülönül az egészségügyi ellátástól**, így tevékenységemnek nem része a diagnosztizálás vagy gyógykezelés. **Hivatalos szakvéleményt nem állítok ki** a gyermek klinikai állapotáról. Ugyanígy **nem áll módomban részt venni szülők közötti**

válóperekben, gyermekelhelyezési, bírósági vagy gyámhatósági eljárásokban, valamint a szülők nevelési alkalmasságára vagy a gyermek kötődésére vonatkozó szakértői anyagokat nem készíték. Amennyiben az ellátás során klinikai vagy gyermekpszichiátriai szakellátás szükségességét látom, erre szakosodott intézmény vagy szakember felkeresését fogom javasolni Önnek.

4. Szülői nyilatkozat és beleegyezés

Alulírott(ak), mint a fent megnevezett kiskorú gyermek törvényes képviselője/képviselői, a fenti tájékoztatást megértettem/megértettük és tudomásul vettem/vettük.

Ezúton **önkéntesen és kifejezetten hozzájárulok/hozzájárulunk**, hogy gyermekem pszichológiai ellátásban részesüljön.

5. A szülői felügyeleti jogra vonatkozó nyilatkozat

(Kérjük a megfelelő részt aláhúzni/bejelölni.):

A gyermek felett a szülői felügyeleti jogot a két szülő **közösen gyakorolja**, így a nyilatkozatot mindkét szülő aláírja.

A gyermek felett a szülői felügyeleti jogot **kizárólagosan egyedül gyakorlom** (bírósági döntés, egyezség vagy a másik szülő elhalálozása miatt). Jogosult vagyok a nyilatkozat önálló megtételére, melyet hatályos és jogerős okirattal igazolok, ennek fénymásolatát az első interjún átadom.

Kelt: _____, 202 . _____ hó _____ napján.

Szülő neve: **Szig. szám:**

Aláírás:

Szülő neve: **Szig. szám:**

Aláírás: