

Информированное добровольное согласие

на проведение психологического консультирования несовершеннолетнего

Город: _____

Дата: «__» _____ 20 г.

Я,

_____,

(Ф.И.О. родителя / законного представителя полностью)

проживающий(ая) по адресу:

паспорт: серия _____ № _____, выдан

_____, дата выдачи «»
_____ 20 г.,

телефон: _____, e-mail:

являясь родителем / законным представителем несовершеннолетнего:

(Ф.И.О. несовершеннолетнего полностью)

дата рождения: «» _____ 20 года,

выражаю свое добровольное согласие на проведение психологического консультирования / психотерапевтической работы с вышеуказанным несовершеннолетним психологом **Марией Лобовой** (далее — Психолог).

1. Условия и формат работы

1.1. Психологическая помощь оказывается в формате индивидуальных консультаций (очно или в онлайн-формате по предварительной договоренности).

1.2. Продолжительность одной сессии составляет _____ минут. Периодичность и общее количество встреч определяются по согласованию между Психологом,

несовершеннолетним и его законным представителем в зависимости от запроса и целей работы.

1.3. Консультирование не является медицинской помощью, не включает в себя назначение лекарственных препаратов и не заменяет психиатрическое или иное врачебное освидетельствование/лечение.

2. Конфиденциальность и ее границы

2.1. Вся информация, полученная в ходе консультаций от несовершеннолетнего и его законных представителей, является **строго конфиденциальной** и не подлежит разглашению третьим лицам.

2.2. **Специфика работы с несовершеннолетними:** Психолог информирует родителей (законных представителей) об общем ходе работы, динамике и рекомендациях. Однако конкретное содержание бесед с ребенком/подростком, его личные переживания и секреты остаются между Психологом и несовершеннолетним (для сохранения доверительного контакта), за исключением случаев, указанных в п. 2.3.

2.3. **Исключения из правила конфиденциальности:** Психолог обязан и имеет право раскрыть информацию без согласия клиента и его законных представителей исключительно в следующих случаях:

- При наличии прямой угрозы жизни и здоровью несовершеннолетнего или других людей (включая риски суицидального поведения, самоповреждений, насилия);
- При получении сведений о совершении или подготовке преступления;
- По официальному запросу правоохранительных органов или суда в соответствии с законодательством РФ.

3. Права и обязанности сторон

3.1. **Законный представитель имеет право:**

- Получать информацию о целях, методах и общей динамике психологической работы;
- Запрашивать рекомендации по взаимодействию с ребенком в семье;
- В любой момент отозвать данное согласие и прекратить консультации, предварительно уведомив об этом Психолога.

3.2. **Законный представитель обязуется:**

- Предоставлять достоверную информацию о состоянии здоровья, особенностях развития и жизни несовершеннолетнего;

- Своевременно информировать Психолога об отмене или переносе сессии (не менее чем за _____ часов до начала);
- Оплачивать консультации в соответствии с установленным тарифом.

3.3. Психолог обязуется:

- Действовать исключительно в интересах несовершеннолетнего, соблюдая этические нормы и профессиональные стандарты;
- Подбирать методы работы, соответствующие возрасту и психологическим особенностям ребенка;
- При необходимости рекомендует обращение к смежным специалистам (врач-психиатр, невролог, семейный терапевт).

4. Согласие на обработку персональных данных

4.1. Даю согласие Психологу Марии Лобовой на обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, использование, уничтожение) персональных данных моих и несовершеннолетнего ребенка в целях организации и проведения психологического консультирования.

4.2. Настоящее согласие действует с момента подписания до момента его отзыва в письменной форме.

5. Подписи сторон

С условиями проведения психологического консультирования, границами конфиденциальности, правилами отмены и оплаты встреч ознакомлен(а) и согласен(на). На все возникающие вопросы получены исчерпывающие ответы.

Родитель / Законный представитель:

Ф.И.О. (полностью):

Подпись: _____ / Дата: «__» _____ 20 г.

Психолог:

Лобова Мария

Подпись: _____ / Дата: «__» _____ 20 г.