



Χρυσάνθη Δαφοπούλου | Κλινική Υπνοθεραπεύτρια & NCH Supervisor

ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΗΣ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗ ΥΠΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Σκοπός του εντύπου είναι να σας ενημερώσει με σαφήνεια για τη θεραπευτική διαδικασία, τα όριά της και τα δικαιώματά σας, ώστε η απόφασή σας να είναι ελεύθερη και ενημερωμένη.

1. Φύση της Κλινικής Υπνοθεραπείας

Η Κλινική Υπνοθεραπεία αξιοποιεί την ύπνωση, την εστιασμένη προσοχή και τον θεραπευτικό διάλογο. Παραμένετε σε επίγνωση, μπορείτε να επικοινωνείτε και δεν υποχρεώνεστε να αποδεχθείτε καμία πρόταση.

2. Στόχοι και όρια

- Οι στόχοι συμφωνούνται και επανεξετάζονται από κοινού. Δεν εγγυάται συγκεκριμένο αποτέλεσμα ή αριθμό συνεδριών.
- Δεν αντικαθιστά ιατρική, ψυχιατρική ή ψυχολογική αξιολόγηση όταν αυτή απαιτείται. Φαρμακευτική αγωγή αλλάζει μόνο με τον αρμόδιο ιατρό.
- Όταν το αίτημα βρίσκεται εκτός επαγγελματικής επάρκειας, μπορεί να προταθεί συνεργασία ή παραπομπή σε κατάλληλο επαγγελματία.

3. Εθελοντική συμμετοχή

Μπορείτε να αρνηθείτε τεχνική, να ζητήσετε αλλαγή, να σταματήσετε συνεδρία ή να ανακαλέσετε τη συγκατάθεσή σας οποτεδήποτε. Η ανάκληση ισχύει για το μέλλον.

4. Εχεμύθεια και νόμιμες εξαιρέσεις

Οι πληροφορίες των συνεδριών είναι εμπιστευτικές. Κοινοποίηση μπορεί να γίνει μόνο στον αναγκαίο βαθμό όταν υπάρχει σοβαρός κίνδυνος για εσάς/άλλον, ζήτημα προστασίας παιδιού ή ευάλωτου προσώπου ή νόμιμη υποχρέωση. Όπου είναι εφικτό και ασφαλές, ενημερώνεστε προηγουμένως.

5. Επαγγελματική εποπτεία

Περιστατικά μπορεί να συζητούνται σε επαγγελματική εποπτεία για λόγους ποιότητας και δεοντολογίας, με ελαχιστοποίηση ή ψευδωνυμοποίηση στοιχείων και υποχρέωση εμπιστευτικότητας.

6. Online συνεδρίες & καταγραφή

Σε online συνεδρίες συμφωνείται το μέσο επικοινωνίας και η διαδικασία σε τεχνική διακοπή. Ηχογράφηση/βιντεοσκόπηση δεν γίνεται χωρίς ξεχωριστή προηγούμενη ρητή συγκατάθεση. Τυχόν θεραπευτικό audio είναι για προσωπική χρήση.

7. Προσωπικά δεδομένα

Η τήρηση προσωπικών δεδομένων και κλινικών σημειώσεων περιγράφεται στο ξεχωριστό έντυπο «Ενημέρωση Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων (GDPR)».

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

- ☐ Έχω διαβάσει και κατανοήσι τις παραπάνω πληροφορίες και είχα τη δυνατότητα να κάνω ερωτήσεις.
- ☐ Κατανοώ τη φύση και τα όρια της Κλινικής Υπνοθεραπείας, τα όρια της εχεμύθειας και τη δυνατότητα παραπομπής όταν απαιτείται.
- ☐ Έχω λάβει ή έχω πρόσβαση στην Ενημέρωση Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων (GDPR) και συγκατατίθεμαι ελεύθερα στην έναρξη/συνέχιση της θεραπευτικής διαδικασίας.

Ονοματεπώνυμο θεραπευόμενου

Ημερομηνία

Υπογραφή θεραπευόμενου

Υπογραφή θεραπεύτριας

Για ανήλικους ή πρόσωπα που δεν μπορούν να συναινέσουν αυτοτελώς απαιτείται ξεχωριστή διαδικασία συγκατάθεσης.