**ინფორმირებული თანხმობა**

ინფორმირებული თანხმობა ფსიქოლოგიური კონსულტაციისთვის სტუდენტს ------------------------------------- და თერაპევტს -------------------------------------- შორის.

მე ვაცნობიერებ, რომ ფსიქოლოგიური კონსულტირება პრობლემის გადაჭრაზე ფოკუსირებული ფსიქოლოგიური დახმარებაა და არ არსებობს არანაირი გარანტია, რომ ეს მკურნალობა გადაჭრის ჩემს ყველა პრობლემას. მე ვიწყებ კონსულტირებას ჩემი თავისუფალი ნების საფუძველზე.

მე ვაცნობიერებ, რომ ჩემი შეფასებისა და კონსულტირების პროცესში მოგროვებული ინფორმაცია სრულად კონფიდენციალურია, გარდა კანონით დადგენილი გამონაკლისებისა, კერძოდ, თერაპევტი ამჟღავნებს კონფიდენციალურ ინფორმაციას პიროვნების თანხმობის გარეშე მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ სტუდენტის მხრიდან ვლინდება  სუიციდის ან სხვისთვის ზიანის მიყენების საფრთხე.  აღნიშნულ შემთხვევაში ფსიქოლოგი ვალდებულია მიმართოს ზიანის არიდების შესაბამის ზომებს (ასეთ ზომებში შედის სტუდენტთან მოლაპარაკება ზიანის არიდების შესახებ).

ასევე, მე გაფრთხილებული ვარ, რომ პირველი კონსულტაციის წინ დამიკავშირდება ოპერატორი და მთხოვს სესიაზე დასწრების დადასტურებას. თუ დასტურის მიუხედავად გავაცდენ სესიას, მაშინ საკონსულტაციო მომსახურების მისაღებად მომიწევს თავიდან დავჯავშნო ვიზიტი და დავიკავო რიგი, არსებული წესის გათვალისწინებით. იგივე წესი გავრცელდება მომდევნო სესიების გაცდენის შემთხვევებზე, თუ წინასწარ არ შევატყობინებ თერაპევტს გაცდენის მიზეზების შესახებ, საკონსულტაციო მომსახურების მისაღებად მომიწევს თავიდან დავიკავო რიგი. ამასთანავე, სესიაზე დაგვიანების დრო არ ანაზღაურდება.

თერაპიული სესია ჩატარდება კვირაში ერთხელ, 50 წუთის განმავლობაში. სესიის ჯამური რაოდენობა განისაზღვრება 1-დან 8 სესიამდე თერაპევტის გადაწყვეტილებით სტუდენტის საჭიროებებიდან გამომდინარე.

ასევე, თანახმა ვარ, მომსახურების მიღების შემდეგ, შევავსო კითხვარი ანონიმურად, კონსულტაციის ხარისხის შესაფასებლად.

ასევე, ვაცხადებ თანხმობას, ჩემი მონაცემები გამოყენებულ იქნეს კვლევითი მიზნებით სტატისტიკური დამუშავებისთვის ისე, რომ არ დაირღვეს ჩემი კონფიდენციალობა.

წარმოდგენილი თანხმობის ფორმა ხელმოწერილია ჩემი თავისუფალი და ინფორმირებული თანხმობით. ყველა ჩემს კითხვაზე მივიღე დამაკმაყოფილებელი პასუხი.

სტუდენტის ხელმოწერა: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

თერაპევტის ხელმოწერა: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ხელმოწერის თარიღი: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_