

CONSENSO INFORMATO CONSULENZA PSICOLOGICA

Il sottoscritto dott. Tommaso Francesco Anastasio iscritto all'Ordine degli Psicologi della Calabria con il n. 2296 informa il sig./ sig.ra _____ di quanto segue:

- la prestazione che ci si appresta ad eseguire consiste nella consulenza psicologica ed è finalizzata a migliorare il benessere psichico
- a tal fine, anche ai sensi di quanto previsto dall'art. 1 della L. n. 56/1989, potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico. In ogni caso, gli strumenti principali di intervento saranno colloquio clinico e test psicodiagnostici;
- L'utente può interrompere il trattamento sanitario comunicando al professionista la volontà di interruzione attraverso un ultimo colloquio clinico. In tal caso, il professionista è tenuto ad informare l'utente riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'interruzione;
- il professionista può valutare ed eventualmente proporre l'interruzione del rapporto quando constata che non vi sia alcun beneficio dall'intervento e non è ragionevolmente prevedibile che ve ne saranno dal proseguimento dello stesso. Se richiesto può fornire le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi.
- Il professionista è tenuto al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani che, tra l'altro, impone l'obbligo di segreto professionale, derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso del paziente o nei casi assolutamente eccezionali previsti dalla Legge.
- **IN CASO DI PENSIERI SUICIDARI E/O DISTURBI PSICHIATRICI L'UTENTE DEVE RIVOLGERSI IMMEDIATAMENTE AI SERVIZI TERRITORIALI CHE OFFRONO DIAGNOSI E TRATTAMENTO NELL'AMBITO DELLE PROBLEMATICHE DI SALUTE MENTALE**

Il sig./la sig.ra _____ nato/a a _____ il _____ e
residente a _____ in Via _____ n. _____

CODICE FISCALE _____ avendo ricevuto l'informativa di cui sopra

DICHIARA:

- **di avere adeguatamente compreso i termini dell'intervento come sopra sintetizzati e di accettare l'intervento concordato con il dott. Tommaso Francesco Anastasio**

Luogo e data _____

Firma

Firma del dott
