

Γονική συγκατάθεση

Ο κάτωθι υπογεγραμμένος, _____, ως γονέας ή/και κηδεμόνας του εφήβου _____, δίνω τη συγκατάθεσή μου για να παρακολουθήσει η κόρη μου/ο γιος μου τις συνεδρίες ψυχοθεραπείας.

Αναγνωρίζω τα ακόλουθα:

1. Ο έφηβος έχει το δικαίωμα να ενημερώνεται για τις θεραπευτικές μεθόδους που χρησιμοποιούνται, το σχέδιο παρέμβασης και την προσέγγιση, καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας.
2. Ο έφηβος έχει το δικαίωμα σε μεταχείριση χωρίς διακρίσεις ανεξαρτήτως θρησκείας, σεξουαλικού προσανατολισμού, φυλής, εθνικότητας, εθνικής καταγωγής και φύλου.
3. Ο έφηβος έχει το δικαίωμα να τερματίσει τη θεραπευτική διαδικασία χωρίς αιτιολόγηση.
4. Ο έφηβος έχει το δικαίωμα να διατηρεί το απόρρητο των θεραπευτικών συνεδριών όσον αφορά τους γονείς του.
5. Η συμμετοχή των γονέων στη συνεδρία επιτρέπεται μόνο όταν το επιτρέπει ο θεραπευτής με τη σύμφωνη γνώμη του εφήβου.
6. Η αδικαιολόγητη απουσία από τη συνεδρία θεραπείας θα κοινοποιείται στους γονείς.
7. Εάν ο έφηβος θέσει σε κίνδυνο τη ζωή του ή την υγεία των άλλων, αυτό θα αναφέρεται στους γονείς και στους αρμόδιους φορείς.
8. Όταν υπάρχει υποψία κακοποίησης ή παραμέλησης παιδιών, ηλικιωμένων ή εξαρτώμενων ενηλίκων, αυτό θα αναφέρεται στους γονείς και τα αρμόδια όργανα.
9. Όταν ο έφηβος αποτελεί κίνδυνο για τον εαυτό του (αυτοκτονία, τραυματισμός), θα αναφέρεται στους γονείς ή στα αρμόδια όργανα.

Έχω διαβάσει και κατανοήσει πλήρως όλα τα παραπάνω.

Ημερομηνία, _____

Υπογραφή του γονέα