

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПСИХОЛОГИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ

г. [город], «___» _____ 202__ г.

Настоящим я, [ФИО клиента], подтверждаю, что ознакомлен(а) с характером психологической помощи, оказываемой [ФИО психолога / наименование организации], и добровольно выражаю согласие на участие в психологическом консультировании (психотерапевтической работе) на следующих условиях.

1. Характер психологической помощи

Психологическая помощь — это профессиональное взаимодействие, направленное на поддержку психологического благополучия, развитие навыков совладания, осознание паттернов поведения и эмоциональных реакций. Психологическая помощь не является медицинской услугой в смысле Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Психолог не ставит медицинских диагнозов и не назначает медикаментозное лечение.

Результат работы зависит от многих факторов, в том числе от активности участия клиента, его жизненного контекста и природы запроса. Психолог не гарантирует наступления конкретного результата.

2. Метод работы

В работе используется подход [название метода или методов, например: когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), гештальт-терапия, терапия принятия и ответственности (АСТ), схема-терапия, интегративный подход]. Краткое описание метода: [одно-два предложения о принципах подхода]. При необходимости я могу задать специалисту вопросы о методе до начала или в ходе работы.

3. Конфиденциальность

Всё, что обсуждается в ходе сессий, является конфиденциальным и не передаётся третьим лицам без письменного согласия клиента. Психолог не раскрывает сам факт обращения клиента за помощью.

Конфиденциальность может быть нарушена в следующих случаях:

- существует реальная угроза жизни клиента (в том числе суицидальный риск с конкретным планом или намерением);
- существует реальная угроза жизни или здоровью третьих лиц;
- имеются сведения о насилии в отношении детей или беспомощных лиц, не способных самостоятельно обратиться за защитой;
- этого требует вступившее в законную силу решение суда.

В указанных случаях психолог принимает минимально необходимые меры для предотвращения вреда и по возможности заранее уведомляет об этом клиента.

4. Границы компетенции специалиста

Психолог не ставит медицинских и психиатрических диагнозов, не назначает и не отменяет медикаменты. При наличии признаков острого психотического расстройства,

тяжёлого депрессивного эпизода с выраженной суицидальностью или иных состояний, требующих психиатрической помощи, специалист направляет клиента к профильному врачу. Психологическая работа в таких случаях может продолжаться параллельно с медицинским лечением — при наличии соответствующего сопровождения.

5. Использование цифровых инструментов и ИИ

В работе используются следующие цифровые инструменты: [перечислить или удалить пункт, если не используются]. В частности, для структурирования рабочих заметок после сессий применяется [название сервиса, например: Provizor AI]. Данные хранятся на серверах, расположенных в Российской Федерации, в соответствии с требованиями Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных».

При использовании сторонних ИИ-сервисов (если применимо) данные клиента деперсонифицируются — из них убираются имя, контактные данные и иные идентифицирующие сведения — перед передачей в сервис. Психологические заметки и идентифицирующие данные клиента хранятся отдельно.

6. Право отказаться от участия

Я понимаю и принимаю, что вправе в любое время отказаться от продолжения психологической работы без объяснения причин. Для завершения достаточно устного или письменного уведомления специалиста. Прекращение работы не влечёт никаких санкций со стороны специалиста.

7. Дополнительные условия

[При необходимости — порядок переноса и отмены сессий, политика опозданий, условия дистанционной работы. Можно вынести в договор оказания услуг.]

Настоящее согласие является самостоятельным документом и не заменяет согласие на обработку персональных данных по Федеральному закону № 152-ФЗ, которое подписывается отдельно.

Я подтверждаю, что прочитал(а) настоящий документ, задал(а) интересующие вопросы и добровольно выражаю согласие с изложенными условиями.

Клиент: _____ / [ФИО] /

Дата: _____

Психолог: _____ / [ФИО] /

Дата: _____