



Ilaria Ortolani

Dr.ssa Ilaria Ortolani Psicologa Psicoterapeuta Psicodiagnosta

PREVENTIVO CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA

La sottoscritta Dr.ssa Ilaria Ortolani Psicologa e Psicoterapeuta e Psicodiagnosta, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Lazio n. 12448, prima di rendere prestazioni professionali in favore del

Sig./Sig.ra _____ nato/a _____ Il ____/____/____

e residente a _____ in Via _____

Codice Fiscale _____ Email _____ Tel _____

In caso di paziente minorenne inserire anche dati dei genitori o chi ne detiene la podestà genitoriale

Padre

Sig./Sig.ra _____ nato/a _____ Il ____/____/____

e residente a _____ in Via _____

Codice Fiscale _____ Email _____ Tel _____

Madre

Sig./Sig.ra _____ nato/a _____ Il ____/____/____

e residente a _____ in Via _____

Codice Fiscale _____ Email _____ Tel _____

fornisce le seguenti informazioni:

Le prestazioni di consulenza saranno rese presso il proprio studio professionale sito a Pomezia (Rm) in Via Giuseppe Saragat, 14 in base alle disponibilità di giorno ed orario del paziente e del professionista. La durata della consulenza sarà contenuta in un numero di incontri da 4 a 7 in base alla necessità di utilizzare strumenti psicodiagnostici diversi dal colloquio. Indicare numero di incontri previsto: 4 circa fino a 5. Nel caso in cui terapeuta e paziente lo ritengano necessario potranno essere svolti colloqui a distanza. Il compenso pattuito è di Euro 70 per ogni incontro che avrà una durata di 50 minuti. Tale compenso è da intendersi comprensivo di spese, oneri e contributi. In caso di impossibilità del paziente ad effettuare la seduta comunicherà la disdetta al professionista almeno 24 ore prima della seduta stessa. In caso di mancata comunicazione entro le ventiquattro ore la seduta dovrà essere saldata per intero o recuperata entro la settimana salvo diverso accordo tra le parti. In caso di minore, i genitori o i detentori della podestà genitoriale, si occuperanno di disdire la seduta almeno 24 ore prima. Le fatture emesse saranno trasmesse al Sistema Tessera Sanitaria che le invierà all'Agenzia delle Entrate ai fini dell'elaborazione del mod.730/UNICO precompilato salvo diversa indicazione del paziente. La legge prevede il diritto del paziente, o dei genitori in caso di minore, di opporsi a tale invio. L'opposizione all'invio dei dati deve essere esercitata prima dell'emissione della fattura, tramite esplicita richiesta verbale, in modo che possa essere annotata in fattura. Tale opposizione non pregiudica la detrazione della spesa, bensì comporta esclusivamente che la fattura non venga inserita automaticamente nella dichiarazione dei redditi precompilata. Gli obiettivi della consulenza sono così individuati: valutazione del quadro clinico attraverso sedute individuali e/o l'utilizzazione di strumenti psicodiagnostici, reattivi psicometrici e/o qualsiasi altro strumento conoscitivo proprio della professione di psicologo, finalizzata all'eventuale scelta di un percorso idoneo alla promozione della salute psicologica anche attraverso l'invio ad altri professionisti (Nutrizionisti, Psichiatri, Psicoterapeuti di altri orientamenti ecc). In qualunque momento il paziente, o i genitori in caso di minorenne, potranno decidere di interrompere la consulenza. Anche lo Psicologo potrà decidere di interrompere momentaneamente o definitivamente la consulenza per necessità e/o per impedimento personale, o per altra causa e potrà decidere di consigliare al paziente o ai genitori, in caso di soggetto minorenne, di rivolgersi ad altro professionista o struttura per l'utilizzazione di altri strumenti conoscitivi. Riguardo la complessità dell'incarico e le competenze occorrenti, si informa che la Dr.ssa Ilaria Ortolani possiede le competenze che attengono la valutazione psicologica, la psicoterapia nonché l'approfondita conoscenza di reti territoriali di colleghi ai quali poter effettuare l'invio. La Dr.ssa I. Ortolani dichiara di essere assicurata per la responsabilità professionale con polizza contratta dalla Cassa di Assistenza Mutua tra gli Psicologi Roma n. _____ 505610972 (con scadenza 31/10 di ogni anno e rinnovabile _____). La Dr.ssa dichiara di essere tenuta all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani e, in particolare, all'obbligo del segreto professionale, derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso del paziente o dei genitori. I dati personali sensibili del cliente, comunque coperti dal segreto professionale, saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze della consulenza. In caso di consulenza a distanza si evidenzia:

- Che non saranno presenti vicino alla psicoterapeuta altre persone durante la consultazione psicologica, **che avverrà per entrambi in un luogo privato, riservato e in assenza di terzi non dichiarati**;
- Che lo psicologo è vincolato al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi italiani, in particolare è strettamente tenuto al **segreto professionale** (Art. 11), lo Psicologo può derogare da questo obbligo solo in presenza di valido e dimostrabile consenso del destinatario della sua prestazione (Art. 12 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani);
- Che l'intervento avverrà mediante **colloqui via SKYPE o WATSAPP o altri** della durata di 50 minuti.
- Che il professionista farà riferimento a strutture o colleghi nella posizione geografica del paziente in caso di emergenza prima di iniziare l'intervento on line.
- Che potranno essere **registrati e/o videoregistrati** alcuni incontri o parti di essi **solo** a seguito di **espresso consenso** degli interessati. In particolare, lo psicologo potrà utilizzare tale materiale solo dopo averlo reso anonimo, e a scopi di ricerca, formazione o al fine di migliorare l'efficacia della prestazione; dal canto suo l'utente avrà bisogno dell'autorizzazione dello psicologo per potere registrare l'incontro e diffonderlo sempre e comunque garantendo l'anonimato del professionista.
- che ci si assume la **responsabilità di non divulgare a terzi** i contenuti riguardanti l'incontro o gli incontri che si terranno.
- Che il professionista ed il Paziente valuteranno la qualità della propria connessione prima di iniziare la seduta .



Ilaria Ortolani

Dr.ssa Ilaria Ortolani Psicologa Psicoterapeuta Psicodiagnosta

Dopo ampio colloquio esplicativo avvenuto in data ____/____/____ si invita il paziente e/o i genitori in caso di paziente minorenni, a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo. In caso di paziente minorenni Il Sig. _____ e la Sig.ra _____ dichiarano di aver compreso quanto soprariportato e decidono consapevolmente di prestare, in virtù della potestà genitoriale, il consenso affinché il figlio usufruisca delle prestazioni professionali della Dr.ssa I. Ortolani, come sopra descritte. In caso di paziente maggiorenne Il Sig./ Sig.ra _____ dichiara di aver compreso quanto illustrato dalla Dr.ssa I. Ortolani e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali della Dott.ssa Ortolani come sopra descritte.

Luogo e data

Firma del paziente

Firma dei genitori o di chi ne detiene la potestà genitoriale se paziente minorenni

Firma della Madre _____

Firma del padre _____