



Ilaria Ortolani

Dr.ssa Ilaria Ortolani Psicologa Psicoterapeuta Psicodiagnosta

PREVENTIVO E CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI PSICOTERAPIA

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 minorenni inserire anche dati dei genitori o chi ne detiene la potestà 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 Psicoterapia 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. In casi particolari il paziente e lo psicoterapeuta potranno concordare di svolgere le sedute a distanza o in altro studio.

Per quanto riguarda la durata del trattamento psicoterapeutico, non essendo definibile a priori, si concorderanno obiettivi e tempi di volta in volta con i genitori, se paziente minorenni, e/o con il paziente stesso se maggiorenne.

In qualsiasi momento il paziente o i genitori, se paziente minorenni, potranno decidere di interrompere la psicoterapia. Al fine di permettere i migliori risultati della stessa, comunicherà/comunicheranno al terapeuta la volontà di interruzione rendendosi disponibile ad effettuare da uno ad un massimo di 5 incontri conclusivi finalizzati alla sintesi del lavoro svolto fino ad allora. 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 terapeuta almeno 24 ore prima della seduta stessa. In caso di mancata comunicazione entro le 24 ore il paziente è tenuto al saldo della seduta salvo diverso accordo tra le parti. Poiché la durata del trattamento psicoterapeutico non è definibile a priori, non è possibile comunicare il totale del corrispettivo che sarà valutato nel corso delle sedute in base agli obiettivi e tempi di volta in volta definiti. La frequenza sarà valutata in relazione alla problematica psicologica del paziente e potrà essere settimanale bisettimanale mensile La psicoterapia sarà ad orientamento Psicodinamico Integrato (esistono vari tipi di approcci psicoterapeutici oltre a quello utilizzato dal professionista). Lo strumento principale di intervento sarà il colloquio clinico (che potrà essere svolto anche a distanza) nell'ambito dell'orientamento utilizzato dal professionista. Nel caso in cui si ritenga necessario, terapeuta e paziente potranno concordare di lavorare su traumi non elaborati attraverso L'EMDR. Per tutte le informazioni relative a EMDR si rimanda al sito www.emdr.it o www.emdr-europe.org. In tal caso lo terapeuta fornirà al paziente le dovute informazioni sul metodo e consentirà al paziente di documentarsi attraverso fonti attendibili. In fase iniziale di valutazione della problematica si potranno anche usare altri strumenti conoscitivi come reattivi psicometrici, test di personalità, strumenti carta e matita, test di livello o qualsivoglia strumento proprio della professione di Psicologo finalizzato alla diagnosi ed alla comprensione del paziente.

Nel caso in cui lo strumento psicoterapeutico si rivelasse inefficace e non in grado di produrre gli effetti desiderati, il professionista si occuperà di informare adeguatamente il paziente e/o i genitori, in caso di paziente minorenni, e valutare se proporre la prosecuzione del rapporto terapeutico, se ipotizzare altre strategie e/o percorsi terapeutici, oppure se interromperlo. In qualunque momento lo psicoterapeuta potrà decidere di interrompere momentaneamente o definitivamente la psicoterapia per necessità e/o per impedimento personale, o per esigenze relative all'efficacia della psicoterapia stessa, e potrà anche consigliare al paziente e/o ai genitori, in caso di paziente minorenni, di avvalersi delle prestazioni di un altro psicoterapeuta.

La psicoterapeuta, qualora lo ritenga opportuno, potrà suggerire al paziente o agli esercenti la potestà genitoriale se paziente minore, l'intervento di un altro specialista (es: nutrizionista, psichiatra, neuropsichiatra infantile ecc) o se lo ritiene necessario potrà consigliare al paziente, o ai genitori, l'intervento di uno specialista medico o la collaborazione di uno psicoterapeuta di altro orientamento.

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. La legge prevede il diritto del cliente 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.



Ilaria Ortolani

Dr.ssa Ilaria Ortolani Psicologa Psicoterapeuta Psicodiagnosta

Gli obiettivi della consulenza sono così individuati: promozione della salute psicologica; miglioramento della capacità riflessiva e di mentalizzazione quando possibile, capacità di leggere le proprie emozioni e quelle degli altri se possibile; miglioramento del proprio livello di consapevolezza personale; realizzazione di se stessi e delle proprie capacità/potenzialità; aumento della conoscenza di sé e accettazione dei propri limiti; riduzione della sofferenza psichica; altro

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 e/o strutture pubbliche e private ai quali poter effettuare l'invio o con cui collaborare.

La Dr.ssa I. Ortolani dichiara di essere assicurato per la responsabilità professionale con polizza contratta dalla Cassa di Assistenza Mutua tra gli Psicologi Roma n. _____ (validità al 31/10/_____ che sarà rinnovata alla scadenza del 31/10 di ogni anno).

Nel caso in cui La Dr.ssa Ortolani ed il paziente concordino di effettuare **colloqui 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 **espreso 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 .

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 psicoterapia.

Dopo ampio colloquio esplicativo avvenuto in data ____/____/____ si invita il paziente e/o i genitori in caso di paziente minore, a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

In caso di paziente minore 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.

ACCONSENTE ALLA PSICOTERAPIA

ACCONSENTE AD UTILIZZARE L'EMDR TRA I METODI PSICOTERAPEUTICI

NON ACCONSENTE AD UTILIZZARE L'EMDR COME METODO PSICOTERAPEUTICO

ACCONSENTE AD EFFETTUARE COLLOQUI A DISTANZA

NON ACCONSENTE AD SVOLGERE COLLOQUI A DISTANZA

Luogo e data Firma del paziente _____

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

Firma della madre _____

Firma del padre _____