אביתר שלו לב רן

טיפול רגשי
טיפול זוגי ומשפחתי
פסיכותרפיה
CBT

הסכם טיפול והסכמה מדעת לטיפול זוגי ומשפחתי

המטפל: אביתר שלו לב רן | פרטי קשר לפניות בעניין פרטיות (טלפון או דוא״ל): _____ evyashalev@gmail.com _____

משתתפי הטיפול: _____

תאריך: _____

א. מהות השירות

הטיפול הזוגי והמשפחתי הוא תהליך משותף המתמקד בקשרים, בדפוסי תקשורת ובקשיים שהמשתתפים מבקשים להתמודד איתם. מטרתו להרחיב את ההבנה של המתרחש במערכת היחסים ולסייע בקידום שינוי.

לא ניתן להבטיח מראש תוצאה מסוימת או משך זמן מסוים, ולעיתים התהליך מעורר קושי בטרם מביא הקלה. החלטות על הפניה לגורם נוסף או על שינוי במסגרת הטיפול יידונו עם המשתתפים.

ב. מסגרת הטיפול

הפגישות מתקיימות בדרך כלל אחת לשבוע ואורכן 75 דקות. הן מתקיימות בקליניקה בחריש או באופן מקוון, לפי תיאום מראש. מועד קבוע נשמר עבורכם, וכל שינוי בו יתואם מראש.

במפגש מקוון יש לדאוג למקום פרטי ולחיבור מתאים. אם מתעוררת תקלה טכנית, נתאם כיצד להמשיך או לקבוע מועד חלופי.

ג. תשלום

עלות הפגישה היא 450 ש״ח. התשלום עבור הפגישה הראשונה יתבצע מיד בסיומה. החל מהפגישה השנייה, התשלום יתבצע ב־1 בכל חודש באמצעות העברה בנקאית או קישור פייבוקס. על כל תשלום תופק קבלה כדין. שינוי במחיר יימסר מראש, ולא יחול על פגישות שכבר נקבעו.

פרטי התשלום נרשמים בספרי החשבונות כנדרש בדין, ועשויים להיות נגישים לרואה/ת החשבון או למנהל/ת החשבונות לצורך זה בלבד, בכפוף לחובת סודיות.

ד. ביטולים והיעדרויות

ביטול פגישה בהודעה של 24 שעות מראש לפחות אינו כרוך בתשלום. פגישה שבוטלה בהתראה קצרה יותר, או שלא התקיימה ללא הודעה, תחויב במלואה, למעט נסיבות חריגות שיישקלו בהתאם למקרה.

אם אחד המשתתפים אינו יכול להגיע, יש ליצור איתי קשר בהקדם כדי לתאם אם הפגישה תתקיים במתכונת אחרת או תבוטל. פגישה שתבוטל מצידי תוחזר או תזוכה במלואה.

ה. התקשרות בין הפגישות

ניתן ליצור איתי קשר באמצעות הטלפון או הווטסאפ לצורך תיאומים ועדכונים. מענה יינתן עד 24 שעות. התקשרות בין הפגישות אינה תחליף לפגישה ואינה ערוץ למצבי חירום. במצוקה מיידית ניתן לפנות לער״ן בטלפון 1201, ובמצב של סכנה מיידית למד״א בטלפון 101 או לחדר מיון.

ו. סודיות והחריגים לה

המידע שנמסר במסגרת הטיפול נשמר בסודיות, בכפוף לחובת הסודיות המקצועית ולהוראות חוק הגנת הפרטיות, התשמ״א–1981. המידע לא יימסר לאחרים ללא הסכמה בכתב, למעט גישה מוגבלת למידע לצורכי ניהול הטיפול כאמור בסעיף ז ובמקרים שבהם קיימת חובה או הצדקה למסור מידע גם ללא הסכמה:

1. חשש ממשי לסכנה לחייו או לשלומו של אחד המשתתפים, או לחייו ולשלומו של אדם אחר.
2. חשד לפגיעה בקטין/ה או בחסר/ת ישע, שלגביו קיימת חובת דיווח על פי דין (סעיף 368ד לחוק העונשין, התשל״ז–1977).
3. צו של בית משפט או דרישה אחרת המחייבת על פי דין.

4. התייעצות מקצועית או הדרכה, תוך שמירה על אנונימיות ובכפוף לחובת סודיות.

כל אחד מהמשתתפים רשאי לפנות אליי בנפרד ולשתף אותי במידע ללא ידיעת המשתתפים האחרים. אופן ההתייחסות למידע כזה, לרבות אם וכיצד יובא לעבודה המשותפת, ייבחן בכל מקרה לגופו, בשיחה עם מי ששיתף אותו ובהתאם לנסיבות ולחריגים לסודיות.

המשתתפים מתבקשים לשמור על פרטיות הדברים שנאמרים בפגישות ולא להעבירם לאחרים ללא הסכמת מי ששיתף אותם. איני יכול להבטיח כיצד כל אחד מהמשתתפים ינהג מחוץ לפגישות.

ככל שיתעורר צורך למסור מידע, אעשה זאת בהיקף המצומצם הנדרש, וככל שניתן אעדכן בכך מראש.

ז. הרשומה הטיפולית

מנוהלת רשומה טיפולית הכוללת את תיעוד הפגישות והמסמכים הנוגעים לתהליך. בטיפול זוגי או משפחתי, הרשומה עשויה לכלול מידע הנוגע ליותר ממשתתף אחד. הרשומה נשמרת באופן מאובטח, למשך התקופה שהדין מחייב. ניתן לפנות אליי בבקשה לעיין במידע או לבקש את תיקונו, בהתאם להוראות הדין.

בעל השליטה במידע הוא המטפל. לצורך מתן הטיפול וניהולו נאספים פרטי זיהוי וקשר של המטופלים, פרטי תיאום פגישות, מידע רגיש הנמסר בטיפול, תיעוד טיפולי ופרטי חיוב ותשלום. המידע משמש למתן הטיפול וניהול הרשומה, ליצירת קשר ותיאום, לחיוב ולהנהלת חשבונות, ולעמידה בחובות דין. מסירת מידע טיפולי נעשית מרצון; פרטי תשלום ותיעוד מסוימים נדרשים על פי דין, ואי מסירת מידע החיוני לטיפול או לניהולו עשויה למנוע את מתן השירות או להגבילו.

המידע עשוי להיות נגיש, במידה הנדרשת ולמטרות האמורות בלבד, לרואה/ת החשבון או למנהל/ת החשבונות כאמור בסעיף ג, ולספקי שירותי מחשוב, אחסון או תיאום הפועלים מטעמי לצורך ניהול הטיפול והרשומה, בכפוף להסדרי סודיות ואבטחת מידע כנדרש בדין. מסירה אחרת תיעשה רק בהסכמה המתאימה או על פי דין, בהתאם לסעיף ו. הנך רשאי/ית רשאי/ת לפנות אליי באמצעות פרטי הקשר שבראש המסמך כדי לבקש לעיין במידע עליו/ה או לתקנו בהתאם לדין; בקשה הנוגעת גם למידע על משתתפים אחרים תיבחן תוך הגנה על פרטיותם.

הקלטת פגישות או שימוש בבינה מלאכותית אינם חלק מהסכמה זו ויידונו, אם יהיה בכך צורך, במסגרת הסכמה נפרדת.

ח. סיום הטיפול

הטיפול הוא מרצון. כל משתתף רשאי להעלות את רצונו להפסיק את השתתפותו, והדבר יידון יחד כדי לבחון את משמעותו להמשך התהליך. מקום שבו הדבר אפשרי, מומלצת פגישת סיום. אם אגיע למסקנה שהטיפול אינו מקדם את המשתתפים או שנדרש גורם מקצועי אחר, אומר זאת ואסייע בבחינת אפשרויות המשך.

ט. טיפול בקטין/ה

בטיפול הכולל קטין/ה נדרשת הסכמת האפוטרופוס/ים כדין. היקף שיתוף ההורים או האפוטרופוסים במידע על הקטין/ה יידון מראש, בהתאם לגילו/ה, לצרכיו/ה ולנסיבות הטיפול, ובכפוף למצבים המנויים בסעיף ו לעיל.

הצהרה

כל אחד מהמשתתפים מאשר/ת כי קרא/ה את האמור לעיל והבין/ה את תוכנו; כי ניתנה לו/ה הזדמנות להפנות שאלות וקיבל/ה עליהן מענה; וכי הוא/היא מסכים/ה מרצונו/ה להשתתף בטיפול בתנאים המתוארים במסמך זה.

שם וחתימת משתתף/ת: _____ תאריך: _____

שם וחתימת משתתף/ת: _____ תאריך: _____

שם וחתימת משתתף/ת: _____ תאריך: _____

שם וחתימת אפוטרופוס/ית, אם נדרש: _____ תאריך: _____

חתימת המטפל: _____ תאריך: _____