אביתר שלו לב רן

טיפול רגשי
טיפול זוגי ומשפחתי
פסיכותרפיה
CBT

# הסכם טיפול והסכמה מדעת

הקליניקה / המטפל/ת: אביתר שלו לב רן.

### א. מהות השירות

הטיפול הנפשי הוא תהליך משותף המבוסס על שיחה, ועל קשר מקצועי הנבנה לאורך זמן. מטרתו להקל על מצוקה, להרחיב הבנה ולסייע בשינוי. כמו בכל תהליך טיפולי, לא ניתן להבטיח מראש תוצאה מסוימת או משך זמן מסוים, ולעיתים התהליך מעורר קושי בטרם מביא הקלה. כל החלטה על אבחון, על הפניה לגורם נוסף או על שינוי במסגרת הטיפול תיעשה בשיתופך.

### ב. מסגרת הטיפול

הפגישות מתקיימות בתדירות של אחת לשבוע ואורכן 50 דקות. הפגישות מתקיימות בקליניקה בחריש או אונליין. מועד קבוע נשמר עבורך, וכל שינוי בו יתואם מראש.

### ג. תשלום

עלות הפגישה היא 400 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 (שם, תאריך וסכום) נרשמים בספרי החשבונות כנדרש בדין, ונגישים לרואה/ת החשבון או למנהל/ת החשבונות שלי לצורך זה בלבד, והם חבים בסודיות.

### 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 במלוא עלות הפגישה. הכלל הזה נובע מכך שהמועד נשמר עבורך ואינו ניתן לאיוש בהתראה קצרה, והוא חל על שנינו: פגישה שתבוטל מצידי תוחזר או תזוכה במלואה.

### ה. התקשרות בין הפגישות

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

### ו. סודיות, והחריגים לה

כל מה שנאמר בטיפול חסוי, וכפוף לחובת הסודיות המקצועית ולהוראות חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א-1981. המידע לא יימסר לאחרים ללא הסכמתך בכתב, למעט גישה מוגבלת למידע לצורכי ניהול הטיפול כאמור בסעיף ז והחריגים שלהלן. לחובת הסודיות יש חריגים מצומצמים, שבהם קיימת חובה או הצדקה למסור מידע גם בלא הסכמה:

1. חשש ממשי לסכנה לחייך או לשלומך, 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, המתקיימות תוך שמירה על אנונימיות ובכפוף לאותה חובת סודיות. מדריך/ה יעיין/תעיין ברשומות המאושרות שבתיקך רק בהסכמתך בכתב. ככל שיתעורר צורך למסור מידע, אעשה זאת בהיקף המצומצם הנדרש, וככל שניתן אעדכן אותך בכך מראש.

### ז. הרשומה הטיפולית -

מנוהלת רשומה טיפולית הכוללת את תיעוד הפגישות והמסמכים הנוגעים לטיפול. הרשומה נשמרת באופן מאובטח, למשך התקופה שהדין מחייב. עומדת לך הזכות לעיין ברשומה ולבקש את תיקונה.

ח. בעל השליטה במידע הוא המטפל המזוהה בראש הסכם זה; ניתן לפנות אליו בענייני פרטיות באמצעות פרטי הקשר המופיעים להלן. לצורך מתן הטיפול וניהולו נאספים פרטי זיהוי וקשר, תיאום פגישות, מידע רגיש הנמסר בטיפול, תיעוד

טיפולי ופרטי חיוב ותשלום. המידע משמש לטיפול ולניהול הרשומה, ליצירת קשר ותיאום, לחיוב ולהנהלת חשבונות, ולעמידה בחובות דין. מסירת המידע הטיפולי נעשית מרצונך; 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 בהסכמתך או על פי דין, בהתאם לסעיף ו. ניתן לפנות אליי באמצעות פרטי הקשר כדי לבקש לעיין במידע עליך או לתקנו בהתאם לדין; ככל שהבקשה נוגעת גם למידע של אדם אחר, היא תיבחן תוך הגנה על פרטיותו.

פרטי קשר לפניות בעניין פרטיות (טלפון / דוא״ל:_____evyashalev@gmail.com_____

### ח. סיום הטיפול

הטיפול הוא מרצון, ואת/ה רשאי/ת להפסיקו בכל עת. מקום שבו הדבר אפשרי, אני ממליץ/ה על פגישת סיום אחת לפחות: סיום מתוכנן הוא חלק מהעבודה ולא נספח לה. אם אגיע למסקנה שהטיפול אינו מקדם אותך, או שנדרש גורם מקצועי אחר, אומר זאת ואסייע במציאת המשך מתאים.

### ט. טיפול בקטין/ה

בטיפול בקטין/ה נדרשת הסכמת האפוטרופוס/ים כדין. תוכן הפגישות חסוי גם כלפי ההורים, למעט עדכון כללי על מהלך הטיפול ולמעט המצבים המנויים בסעיף ו לעיל. היקף העדכון יסוכם מראש עם ההורים ועם הקטין/ה, בהתאם לגילו/ה ולצרכי הטיפול.

### הצהרה

הריני מאשר/ת כי קראתי את האמור לעיל והבנתי את תוכנו; כי ניתנה לי הזדמנות להפנות שאלות וקיבלתי עליהן מענה; וכי אני נותן/ת בזאת, מרצוני החופשי, את הסכמתי להתחיל בטיפול בתנאים המתוארים במסמך זה.