ZASADY KORZYSTANIA Z PSYCHOTERAPII W CENTRUM PSYCHIATRII I PSYCHOTERAPII POZNAWCZO-BEHAWIORALNEJ W LUBLINIE:

1. Termin wizyty psychoterapeutycznej (sesji psychoterapii) można umówić telefonicznie, osobiście w rejestracji Centrum lub online na stronie internetowej Centrum.
2. Sesja psychoterapii indywidualnej trwa 50 min, par/małżeńska 90/min, sesja terapii traumy 60-90min.
3. Klient ma prawo wyboru dogodnej godziny psychoterapii w ramach godzin pracy terapeuty oraz zagwarantowane utrzymanie tej godziny ze strony Centrum, poza wyj. pkt. 12
4. Przypomnienie o terminie sesji jest wysyłane na 3 dni przed sesją w formie sms-a. Brak sms-a nie oznacza, że sesja została odwołana. Odwołanie sesji następuje wyłącznie po kontakcie telefonicznym lub mailowym z rejestracją Centrum.
5. Prosimy klientów o odwoływanie sesji telefonicznie najpóźniej w dniu poprzedzającym sesję.
6. W przypadku nieodwołania sesji psychoterapii lub odwołania w dniu sesji, klient jest zobowiązany do uiszczenia opłaty za nieodbytą sesję psychoterapii.
7. W przypadku osób niepełnoletnich do współpracy, w zakresie zaleconym przez prowadzącego terapię, w tym wzięcia udziału w psychoterapii oraz wizytach lekarskich, zobowiązani są rodzice/opiekunowie prawni.
8. Spóźnienie się klienta na sesję oznacza, że zaplanowana sesja nie odbędzie się w pełnym wymiarze czasowym przewidzianym na sesję. Klient ma zagwarantowane prawo do wykorzystania pozostałego po spóźnieniu czasu przewidzianego na sesję.
9. Klient może wystąpić z prośbą o opinię lub opis przeprowadzonych testów objętych dodatkową opłatą (patrz: cennik).
10. Należność za sesję winna być opłacona przed rozpoczęciem sesji.
11. Brak możliwości opłaty za daną sesję musi być konsultowany z terapeutą. Należy ustalić termin, kiedy zostanie uiszczona płatność. Jeżeli klient zalega z opłatą za dwie sesje, dalsze sesje zostają zawieszone do czasu uregulowania płatności.
12. W przypadku nieobecności /albo odwołania w dniu sesji dwóch lub więcej wizyt terapeuta nie gwarantuje utrzymania rezerwacji ustalonej godziny oraz dnia psychoterapii.

…….. ……...

Data i podpis pacjenta Data i podpis psychoterapeuty