

AKP - AMBULANCIA KLINICKEJ PSYCHOLÓGIE PRE DETI A DOSPELÝCH  
Neštátné zdravotnícke zariadenie, Poliklinika Košice okolie, Biela ulica 2 Košice 040 01  
MGR. LENKA LIPANOVÁ

Email: [lenkalipanova@yahoo.com](mailto:lenkalipanova@yahoo.com) tel: 0915964497 Klinický psychológ, ev.číslo SKP: 70246 Psychoterapeut  
Znalec v odvetví klinická psychológia detí a dospelých Psychológia sexuality, ev. číslo znalca:914413

## Informovaný súhlas pacienta/ zákonného zástupcu/ rodiča

Meno, priezvisko, dátum narodenia, bydlisko, *ktorej sa má poskytnúť zdravotná starostlivosť*:

-----

Meno, priezvisko, dátum narodenia, bydlisko **rodiča alebo zákonného zástupcu** / preukázanie rozhodnutia o zverení dieťaťa do starostlivosti/

---

*svojím podpisom potvrdzujem, že:*

- Súhlasím s psychologickým vyšetrením. Psychologické vyšetrenie je tvorené **klinickou časťou** (pozorovanie, rozhovor, anamnestický rozhovor, údaje zo zdravotnej dokumentácie) a **testovou časťou vyšetrenia**, techniky ktorými sa vyšetrenie realizuje vyberá klinický psychológ. Výber techník je v plnej kompetencii psychológa.
- Pri poskytnutí anamnestických údajov som **nezatajil(a) žiadne vážnejšie ochorenie**, pre ktoré som sa v minulosti liečil(a), prípadne ktoré mi bolo v minulosti diagnostikované, ani **žiadne iné anamnestický významné údaje**.
- Výsledky psychologického vyšetrenia sú súčasťou zdravotnej dokumentácie.
- Nie som si vedomý **žiadnej prekážky vo vzťahu k vyšetreniu osoby**, ktorej má byť poskytnutá zdravotná starostlivosť, napr. že niekto namieta psychologické vyšetrenie, prípadne že je potrebný ďalší súhlas rodiča k vyšetreniu, beriem na vedomie, že psychológ nie je povinný overovať právne kvalifikácie vzťahov medzi rodičmi.
- Všetky získané údaje sú **dôverné**. Dôvernosť trvá nielen počas priebehu stretávania sa, ale aj po ukončení psychologického vyšetrenia, prípadne terapeutického vedenia. O údajoch získaných počas starostlivosti môžem hovoriť len s vašim písomným súhlasom, prípadne po zbavení mlčanlivosti zdravotného pracovníka. Výnimku tvoria situácie, kedy je podozrenie, že môžete ublížiť sebe alebo inej osobe alebo ak je podozrenie, že došlo k zneužitiu, zanedbávaniu alebo týraniu dieťaťa alebo staršej osobe v opatere.
- Počas psychologického vyšetrenia som bol(a) **informovaný(á)** o povahe môjho ochorenia, o dôvode, účele, spôsobe a možnostiach zdravotnej starostlivosti, ktorá mi má byť poskytnutá, vrátane diagnostických alebo liečebných postupov, prípadne potrebných zdravotných výkonov, ako aj o možných následkoch a možných rizikách spojených s navrhovanou zdravotnou starostlivosťou. Bol som oboznámený aj s tým, že proces terapie prináša okrem pozitívnych zmien aj riziká / uvoľnenie nepríjemných spomienok, myšlienok a pocitov/.
- Bol(a) som tiež **poučený(á)** o možnostiach voľby navrhovaných postupov, ako aj o rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti. Poučenie mi bolo poskytnuté zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť. Psychologickú zdravotnú starostlivosť máte právo ukončiť kedykoľvek chcete. Štandardne sa starostlivosť ukončuje pri naplnení stanoveného cieľa, ktorý sa stanovuje v úvode starostlivosti ( v prípade terapeutickej liečby).

- **Súhlasím s evidovaním a spracovaním mojich osobných údajov** (meno, priezvisko, adresa bydliska, dátum narodenia, rodné číslo, výsledky psychologického vyšetrenia) v zmysle zákona 428/2002 o ochrane osobných údajov v AKP ako aj zákona č. 18/2018 Z.z o ochrane osobných údajov, ktoré potvrdzujete osobitným tlačivom - ambulancii klinickej psychológie, za účelom poskytovania zdravotnej starostlivosti. Tento súhlas platí do času, kedy podám písomnú **žiadost' o ukončenie** poskytovania zdravotnej starostlivosti v tejto ambulancii.
- Súhlasím s **navrhovaným liečebným postupom**, ktorý mi bol vysvetlený v jeho všeobecných procesových krokoch.
- Správu zo psychologického vyšetrenia neposielam tretím subjektom bez vášho vedomia a písomného súhlasu. V prípade vypracovania správy, táto **bude odovzdaná do rúk osoby**, ktorej bola poskytnutá starostlivosť, alebo jej rodičovi / zákonnému zástupcovi.
- Poučenie - Obchodné podmienky. Cena za jedno psychologické **terapeutické sedenie je 30 eur**. Ostatné platby sú podľa schváleného platného cenníka, ktorý je na www stránkach ambulancie a viditeľne na nástenke v čakárni. Ak svoju účasť na psychoterapeutickom sedení neospravedlním minimálne 24 hodín pred stretnutím, **beriem na vedomie, že mi bude účtovaná plná suma za psychoterapeutickú hodinu**. Výnimku tvoria situácie náhleho ochorenia.

V..... dňa ..... čas.....

podpis a pečiatka lekára

podpis osoby, ktorej sa poskytuje  
zdravotná  
starostlivosť  
(prípadne osoby  
ňou určenej,  
alebo jej  
zákonného  
zástupcu)