Информированное согласие родителя (законного представителя) на психологическое консультирование несовершеннолетнего

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата рождения «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, являясь родителем моего ребёнка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата рождения «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_, даю свое добровольное согласие на психологическое консультирование моего ребёнка. Я проинформирован(а) о том, что необходимым условием получения помощи моему ребёнку является мое добровольное информированное согласие на психологическую консультацию.

Мне разъяснено и мною осознано, что при получении помощи я и мой ребёнок имеем право на:

* уважительное и гуманное отношение со стороны психолога;
* выбор психолога с учетом его согласия на оказание требуемой помощи;
* психологические консультации, психологическое тестирование соответствующие этическим стандартам;
* сохранение в тайне информации о факте обращения, состоянии здоровья и иных сведений, полученных в процессе оказания помощи;
* получение информации о своих правах, обязанностях и состоянии здоровья, а также на выбор лиц, которым в его интересах может быть передана конфиденциальная информация;
* обращение с жалобой непосредственно в этическую комиссию, ассоциацию, или иную организацию, осуществляющую контроль, а также в суд в случае нарушения моих прав.

|  |
| --- |
| **С текстом ознакомлен(а), мне даны необходимые разъяснения, согласен(а) на психологическое консультирование ребёнка, законный представитель** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_.\_\_\_\_.202\_ |
| (дата) |
|  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (подпись) |