AVTALE OM GESTALTTERAPI

Når du signerer denne avtalen har du inngått et samarbeid med meg om gestaltterapi på følgende betingelser:

MEDLEMSKAP: Jeg er medlem av Norsk Gestaltterapeut Forening. Dette innebærer at jeg har sluttet meg til en rekke kvalitetssikrende ordninger som å motta veiledning på mitt arbeide og å være ansvarsforsikret. Du oppfordres til å lese mer om gestaltterapi og gjeldende regler på [www.ngfo.no](http://www.ngfo.no).

KLAGEADGANG: Som medlem er jeg forpliktet til å utøve min virksomhet i henhold til Etiske Prinsipper for gestaltterapeuter MNGF og til de lover, forskrifter og regler som til enhver tid gjelder. Dersom du/klienten mener at jeg/gestaltterapeuten har opptrådt på en uetisk måte kan du klage til Norsk Gestaltterapeut Forening.

TAUSHETSPLIKT: Jeg opptrer lojalt med mine klienter og overholder taushetsplikten. Taushetsplikten gjelder også i forbindelse med veiledning og etter at terapien er avsluttet. Bare du selv, eller den med foreldreansvar for mindreårige, kan gi samtykke til at opplysninger underlagt taushetsplikt kan gis til andre. Etter straffelovens § 139 kan taushetsplikten brytes hvis en persons liv eller helse er i fare, eller en person er til fare for andres liv eller helse.

DOKUMENTASJON: Det føres journal fra våre møter. Jeg lagrer personopplysninger om deg og er derfor underlagt norsk personvernlovgivning. Se vedlagte personvernerklæring. / Se min personvernerklæring på [www.xxxx.xx](http://www.xxxx.xx).

BETALING: Pris ved avtaleinngåelse: kr. xxx,- per time á xx minutter Prisen kan reguleres med 3 måneders varsel. Timer avbestilt senere enn 24 timer før avtalt tid, må betales.

KOMMUNIKASJON: Eventuell kommunikasjon mellom timene, som inneholder sensitiv informasjon, skal foregå pr. brev, over telefon eller via kryptert kanal.

**Klientens kontaktopplysninger**

|  |  |
| --- | --- |
| Navn: |  |
|  |  |
| Fødselsdato: |  |
|  |  |
| Adresse: |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Telefonnummer: |  |
|  |  |
| Epostadresse: |  |

**Samtykker**

Samtykker kan når som helst trekkes tilbake ved å gi direkte beskjed eller klikke på avmeldingslink i E-post.

**[ ] Jeg samtykker til kommunikasjon via SMS.**

Hensikten med dette samtykket er primært å kunne stille spørsmål eller gi beskjeder i forbindelse med timeavtaler, som endringer, avlysninger, forsinkelser etc., og gjelder ikke markedsføring av noe slag. Meldingene skal ikke inneholde sensitive opplysninger.

**[ ] Jeg samtykker til kommunikasjon via E-post.**

Hensikten med dette samtykket er primært å administrere timeavtaler. E-post skal ikke inneholde sensitive opplysninger.

**[ ] Jeg samtykker til kontakt med min fastlege.**

Hensikten med kontakten er et legen skal være orientert om at du går i gestaltterapi og, om hensiktsmessig, at vi samarbeider for å gi deg et best mulig behandlingstilbud.

|  |  |
| --- | --- |
| Legens navn: |  |
| Telefonnummer: |  |

**[ ] Jeg samtykker til kontakt med den som mottar krav om betaling av terapien.**

Hensikten med kontakten vil utelukkende være for å formidle informasjon vedrørende betaling av bestilte timer.

|  |  |
| --- | --- |
| Betalers navn: |  |
| Adresse: |  |

**[ ] Klienten er under 16 år, og begge foreldre eller andre foresatte gir samtykke til gestaltterapi.**

|  |  |
| --- | --- |
| Mor: |  |
| Far: |  |
| Annen foresatt: |  |

Klienter over 12 år har rett til å bli respektert når de ikke ønsker at opplysninger gis foreldre/foresatte. Informasjon som er nødvendig for å oppfylle foreldreansvaret skal likevel gis dersom klienten er under 18 år.

**Signatur**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Sted: |  | Dato: |
| Klientens signatur |  | Terapeutens signatur |