

Kraków,

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

na podstawie Ustawy z dnia 10 maja 2018 o ochronie danych osobowych.

Informujemy, że Administratorem Państwa danych jest Autonomia i Relacja Urszula Skowiniak NIP 5130196139 z siedzibą przy Plac Na Groblach 5/6, 31-101 Kraków.

..... imię i nazwisko pacjenta

..... PESEL

..... adres zamieszkania

Dane przetwarzane są w ramach świadczenia usług psychoterapii i poradnictwa psychologicznego oraz są rejestrowane w formie dokumentacji tworzonej na potrzeby powyższych procesów. Dokumentacja zawiera dane osobowe pacjenta jak i inne dane wrażliwe uzyskiwane w procesie psychoterapii min diagnozę psychiatryczną i bieżącą ewaluację psychologiczną jego stanu zdrowia. Dokumentacja może być sporządzana w formie analogowej i cyfrowej (.doc .pdf) i jako taka przechowywana jest w sposób uniemożliwiający dostęp osób trzecich.

W uzasadnionych przypadkach wynikających z innych aktów prawnych mających zastosowanie do pracy psychologa i psychoterapeuty wybrane dane mogą być udostępniane organom sądowym.

Wyrażam zgodę na tworzenie dokumentacji psychologicznej. TAK / NIE

data i podpis pacjenta

.....

Zgoda na badanie psychologiczne z użyciem narzędzi testowych

..... imię i nazwisko pacjenta

..... PESEL

..... adres zamieszkania

Wyrażam zgodę na wykonanie badania następującymi testami psychologicznymi:

- 1. MINIMENTAL (MMSE) – Krótka Skala Oceny Stanu Umysłowego
- 2. CFT20-R – Neutralny Kulturowo Test Inteligencji Cattella
- 3. STAI – Inwentarz Stanu i Cechy Lęku
- 4. UMACL – Przymiotnikowa Skala Nastroju
- 5. MMPI-2 – Minnesocki Wielowymiarowy Inwentarz Osobowości wyd. 2
- 6. NEO-PI-R – Inwentarz Osobowości
- 7. SCID-I – Ustrukturalizowany Wywiad Kliniczny do Badania Zaburzeń z osi I DSM-IV-TR
- 8. SCID-II - Ustrukturalizowany Wywiad Kliniczny do Badania Zaburzeń z osi II DSM-IV-TR
- 9. KKS – Kwestionariusz Kompetencji Społecznych
- 10. KKMIP – Komunikacja w Bliskich Związkach
- 11. LBQ – Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego

Badanie jest częścią procedury diagnostycznej prowadzonej przed podjęciem dalszych działań w ramach świadczenia pomocy psychologicznej.

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany o celu i procedurze badania oraz o możliwości rezygnacji z dostępu do wyników oraz z samego badania zarówno w trakcie jak i po zakończeniu czynności z nim związanych. Rezygnacja z badania nie wpływa na ustalenia finansowe między psychologiem przeprowadzającym badanie a osobą badaną.

data i podpis pacjenta

.....