

**KONTRAKT**  
**ŚWIADCZENIA USŁUG PRZEZ CENTRUM WSPARCIA PSYCHOLOGICZNO-  
TERAPEUTYCZNEGO UNIwersYTETU OPOLSKIEGO**

Zawarty dnia \_\_\_\_\_, w \_\_\_\_\_, pomiędzy:

.....( (imię i nazwisko osoby otrzymującej wsparcie)  
zwaną/zwanym dalej: Klientem

a

psychologiem /  
psychoterapeutą .....  
(imię i nazwisko osoby udzielającej wsparcia)

zwaną/zwanym dalej: Terapeutą

1. Terapeuta zobowiązuje się do poddawania swojej pracy systematycznej **superwizji**.
2. Sesja rozpoczyna się o określonej godzinie i trwa **50 minut**, spóźnienie się na sesję nie powoduje jej wydłużenia.
3. W przypadku spóźnienia więcej niż 10 minut, konsultacja zostaje odwołana.
4. Obowiązkiem terapeuty jest zachowanie tajemnicy zawodowej oraz pełnej dyskrecji dotyczącej przebiegu terapii oraz danych osobowych Klienta.
5. Z tajemnicy zawodowej Terapeuta zwolniony jest tylko w przypadku uzasadnionego podejrzenia, że Klientowi lub komuś z jego otoczenia grozi niebezpieczeństwo utraty zdrowia lub życia. Z tajemnicy zawodowej Terapeuta może być zwolniony również przez sąd oraz w przypadkach przewidzianych w powszechnie obowiązujących przepisach prawa.
6. Klient wyraża zgodę na:
  - 1) dokonywanie zapisów z sesji psychoterapeutycznych dla celów **superwizji**.
  - 2) kontakt Terapeuty z osobami:
    - a) .....
    - b) .....
    - c) .....

\* **nieobowiązkowe**

\_\_\_\_\_  
Data i czytelny podpis Klienta

\_\_\_\_\_  
Data i podpis terapeuty