

فرم اعلام موافقت با دریافت خدمات روان‌درمانی

ماهیت و اهداف روان‌درمانی:

هدف روان‌درمانی کمک به حل مشکلات ذهنی و بهبود روحی و عاطفی درمانجو برای رسیدن به اهداف وی است. اینجانب با آگاهی از این امر که روان‌درمانی ممکن است بررسی و بحث در مورد مسائل شخصی و خصوصی من را دربر بگیرد، با امضای این فرم موافقت خود را با دریافت روان‌درمانی از دکتر سهی لاجینی اعلام می‌دارم.

سرنگهداری (یا رازداری)

درک من این است که آنچه در جلسات روان‌درمانی با روان‌درمانگر (یا دکتر سهی لاجینی) در میان می‌گذارم، کاملاً سری نگهداری خواهد شد مگر در مواردی که قانون مستثنی کرده باشد، مانند گمان به آزار کودکان یا بزرگسالان وابسته و مسن، همچنین بیم جدی از آسیب‌رسانی به خود یا دیگران، یا در پاسخ به حکم رسمی دادگاه برای دادرسی.

مزایا و خطرات:

درک من این است که روان‌درمانی می‌تواند به افزایش خودآگاهی و بهبود در وضعیت عاطفی و روابط اجتماعی من بیانجامد. همین‌طور می‌دانم که در روان‌درمانی ممکن است با خطرانی هم روبرو شوم مانند اینکه تجربیات ناخوش‌آیندی را به‌خاطر بی‌اوردن یا احساساتم جریحه‌دار شود.

هزینه‌ها و روش لغو جلسات مقرر

من مسئولیت پرداخت هزینه جلسات را می‌پذیرم و می‌دانم که در صورت نیاز به لغو جلسه می‌باید این امر را دست کم 24 ساعت قبل از زمان جلسه به اطلاع دکتر لاجینی برسانم والا (در غیر این صورت) مسئولیت پرداخت هزینه آن کماکان به‌عهده من باقی خواهد ماند. همین‌طور می‌دانم که سازمان پذیرفتار من نیز به‌شرطی مسئولیت پرداخت جلسه را به‌عهده می‌گیرد که من این فرجه 24 ساعته را رعایت کرده باشم.

در صورت هماهنگی قبلی با دکتر لاجینی: من درک دارم که سازمان JFCS-EastBay یا Alameda Alliance for Health هزینه درمان را پرداخت می‌کند.

طول دوران درمان و پایان آن:

درک من این است که طول دوران درمان و پایان آن، امریست که میان من و دکتر لاجینی بررسی و مشخص خواهد شد و هر زمانی که من بخواهم حق دارم به آن پایان بدهم.

من این فرم را به‌دقت بررسی کرده و با امضای آن، موافقت خود را با مفاد آن اعلام می‌دارم.