

Karta Klienta

Karta Klienta usług związanych ze wsparciem psychologicznym, konsultacjami psychoterapeutycznymi i hipnoterapią

Na końcu niniejszego dokumentu znajduje się klauzula informacyjna o ochronie Twoich danych osobowych, Zasadach Ochrony Prywatności oraz miejsce na Twój podpis pod zgodą na przetwarzanie Twoich danych osobowych przez Moc Rozwoju Sabina Dąbrowska-Olbryś.

* gwiazdką oznaczono pola niezbędne do wypełnienia w celu rozpoczęcia współpracy

DANE KLIENTA

Imię*

Nazwisko*

Miejsce urodzenia*

Data urodzenia*

Miejsce zamieszkania:

Ulica i nr domu/mieszkania*

Kod pocztowy / Miasto*

Nr telefonu komórkowego*

Adres e-mail*

Kontakt do bliskiej osoby w nagłym przypadku:

Imię

Nr telefonu komórkowego

Kim osoba do kontaktujest dla Klienta / Pacjenta

DODATKOWE INFORMACJE O TOBIE

Zapraszam Cię do podzielenia się ze mną informacjami, które będą dla mnie pomocne w czasie spotkań z Tobą i które będą mogły uwzględnić dobierając najlepszą formę wsparcia psychologicznego dla Ciebie.

Z jakiego powodu zdecydowałeś / aś się na skorzystanie z mojego wsparcia?*

Czy doświadczasz jakichś dokuczliwych objawów fizycznych lub psychicznych - jakich?

WAŻNE INFORMACJE NA TEMAT TWOJEGO STANU ZDROWIA:

Czy przyjmujesz obecnie lub przyjmowałeś(a)ś w ciągu ostatniego roku leki przepisywane na receptę?

TAK

NIE

Jeśli TAK, to jakie / jak długo / kiedy?

Czy korzystała(a)ś kiedykolwiek ze wsparcia:

✓ Psychologa / psychoterapeuty / hipnoterapeuty?

TAK

NIE

Jeśli TAK, to jak długo / kiedy / czym chcesz się ze mną w związku z tym doświadczeniem podzielić?

✓ Psychiatry?

TAK

NIE

Jeśli TAK, to jak długo / kiedy / czym chcesz się ze mną w związku z tym doświadczeniem podzielić?

Czy masz jakieś doświadczenia związane z hospitalizacją, złym stanem zdrowia fizycznego i/lub psychicznego? Czym ważnym chcesz się ze mną w związku z tymi doświadczeniami podzielić?

Jaka jest Twoja sytuacja rodzinna?

Napisz tylko to, co uznasz za ważne dla Ciebie w tym momencie i czym chcesz podzielić się ze mną na tym etapie – poniższe pytania potraktuj tylko jako propozycje / odpowiedzi:

- Czy jesteś żonaty / zamężna / rozwiedziony(a) / w separacji ? Masz stałego partnera / partnerkę?
- Czy masz lub miałe(a)ś dzieci (ile, w jakim wieku, czy mieszkacie / żyjecie razem?)
- Czy Twój rodzice / opiekunowie żyją / czy masz z nimi kontakt / czy z nimi mieszkasz?
- Czy w historii Twojej rodziny miały miejsce wydarzenia, które Twoim zdaniem są na tyle znaczące, że mogły mieć wpływ na Twoje obecne dolegliwości / potrzebę mojego wsparcia?

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Administratorem Twoich danych osobowych jest Moc Rozwoju Sabina Dąbrowska-Olbryś, NIP 527 22 69 227, zarejestrowana pod adresem: ul. Źródłana 8a, 05-805 Kanie. Twoje dane osobowe oraz inne dobrowolnie przekazane przez Ciebie informacje będą wykorzystywane w celu realizacji usług związanych ze wsparciem psychologicznym i rozwojem osobistym, zgodnie z Zasadami Ochrony Prywatności.

Potwierdzam, iż zapoznałem(a)m się z Zasadami Ochrony Prywatności oraz z Zasadami Współpracy i akceptuję ich warunki. *

Wyrażam zgodę, na przetwarzanie moich danych osobowych oraz innych informacji o mnie, dobrowolnie przeze mnie przekazanych – przez MOC ROZWOJU Sabina Dąbrowska-Olbryś, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. A, ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679, w celu realizacji usług związanych ze wsparciem psychologicznym i rozwojem osobistym - zgodnie z zaakceptowanymi przeze mnie Zasadami Ochrony Prywatności. *

Data *

Podpis Klienta *

* gwiazdką oznaczono pola niezbędne do wypełnienia w celu rozpoczęcia współpracy
