

# Kuuleva Oy:n terapiasopimus



**Terapeutti:** \_\_\_\_\_

**Asiakas:**

Nimi: \_\_\_\_\_ Henkilötunnus: \_\_\_\_\_

Osoite: \_\_\_\_\_

Sähköpostiosoite: \_\_\_\_\_ Puhelinnumero: \_\_\_\_\_

**Terapiamuoto:**

\_\_\_\_\_

**Hoidon kesto ja tiheys:**

\_\_\_\_\_

**Hoidon kustannukset ja maksutapa:**

\_\_\_\_\_

Käyttämättä jääneen vastaanottoajan asiakas korvaa kokonaisuudessaan (sekä omavastuuosuuden että Kela- korvauksen) lukuun ottamatta tilanteita, kun hän on sairas tai kun kyseessä on muu vakava este. Näistä tulee ilmoittaa viipymättä, viimeistään vuorokautta ennen vastaanottoaikaa.

Asiakas vastaa siitä, että hoidon alkaessa ja hoitoprosessin aikana hänellä on Kela-kuntoutuspsykoterapia päätös. Jos asiakkaalla ei ole päätöstä, vastaa hän kustannuksista kokonaisuudessaan.

Hoidon päättymisestä sovitaan yhdessä. Hoidon kannalta on tärkeää valmistautua hoidon lopettamiseen. Sen vuoksi lopetuksesta on hyvä alkaa keskustella n. 3 kk ennen hoidon päättymistä. Lyhytterapiassa lopettelu-aika on lyhyempi. Siitä sovitaan erikseen asiakkaan tilanteen mukaisesti.

Terapeuttia sitoo lakisääteinen vaitiolovelvollisuus. Asiakkaalle on kerrottu yrityksen tietosuojakäytännöt ja oikeus tarkastaa omat tietonsa ja tarvittaessa vaatia tiedon korjaamista.

Paikka ja päivämäärä: \_\_\_\_\_

Asiakkaan allekirjoitus

Terapeutin allekirjoitus

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_