

**ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΕΡΕΥΝΑΣ & ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ**

**Γραπτή Συγκατάθεση θεραπευόμενου/ης
για μαγνητοφώνηση ατομικών συνεδριών**

Στα πλαίσια της συνεργασίας σας με το *Τμήμα Θεραπειών Ενηλίκων*, του *Ινστιτούτου Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς (ΙΕΘΣ)* θα επιθυμούσαμε να επιτρέψετε τη μαγνητοφώνηση των ατομικών σας συνεδριών. Το μαγνητοφωνημένο υλικό θα χρησιμοποιηθεί μόνο για εκπαιδευτικούς – επιστημονικούς σκοπούς, όπως αναφέρεται στο συμβόλαιο συνεργασίας με το Τμήμα Θεραπειών Ενηλίκων. Σε όλες τις περιπτώσεις θα χρησιμοποιείται ανώνυμα με εξαίρεση την παρουσίαση στην ομάδα εποπτείας που συμμετέχει ο/η θεραπευτής/τρια σας. Σκοπός της μαγνητοφώνησης είναι η βελτίωση των εκπαιδευτικών διαδικασιών και της κλινικής εποπτείας, μέσω της οποίας διασφαλίζεται και η ποιότητα της δικής σας θεραπείας.

Η συγκατάθεσή σας για μια τέτοια μαγνητοφώνηση είναι εντελώς προαιρετική και εφόσον δεν το επιθυμείτε, ο θεραπευτής/θεραπεύτριά σας θα σεβαστεί την προσωπική σας επιθυμία χωρίς να υπάρξουν κανενός είδους συνέπειες. Εάν δεχτείτε να μαγνητοφωνούνται οι συνεδρίες σας με τον θεραπευτή/θεραπεύτριά σας, θα σας παρακαλούσαμε να δώσετε την έγγραφη συγκατάθεσή σας στον παρακάτω χώρο. Η έγγραφη συγκατάθεσή σας δεν σας στερεί το δικαίωμα να την αποσύρετε οποιαδήποτε στιγμή το επιθυμείτε.

Έχω ενημερώσει τον/την θεραπευόμενο/η μου για τους ακριβείς σκοπούς της μαγνητοφώνησης των συνεδριών και τις προβλέψεις τήρησης της ανωνυμίας του/της

Υπογραφή θεραπευτή/τριας (ημερομηνία)

Έχω κατανοήσει τον σκοπό για τον οποίο θα γίνεται μαγνητοφώνηση των συνεδριών και τις προβλέψεις τήρησης της ανωνυμίας μου

Υπογραφή θεραπευόμενου/ης (ημερομηνία)
