

## SZÜLŐI BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

### Megbízás pszichológiai konzultációs folyamatra

Megbízott: Boda Fanni, pedagógiai szakpszichológus, fejlesztőpedagógus (nyilvántartási szám: 52460931, adószám: 68935366-1-41)

Megbízó(k)/Szülő(k) neve:

Gyermek neve:

Születési ideje:

Kora:

Oktatási intézmény:

Osztályfok:

Cím:

Telefonszám:

Email cím:

### GYERMEKPSZICHOLÓGIAI KONZULTÁCIÓK KERETEI

A gyermekpszichológiai állapotfelmérő konzultációs folyamat tartalmaz 1 alkalom szülőkonzultációt (fejlődési anamnézis-felvétel és első interjú), minimum 3 alkalom gyermekre vonatkozó egyéni megfigyelést, 1 alkalom szülőkonzultációt. Ezt követően van lehetőség tartós pszichológiai ellátásra, melynek hosszúsága és gyakorisága egyénre szabottan kerül megállapításra. A foglalkozások helyszíne: Pöttyi fejlesztő & gyermekpszichológiai rendelő, Budapest 1026 Pasaréti út 117/b.

A gyermekpszichológiai konzultáció díjszabása (45 perc): 17.000 Ft, a szülőkonzultáció (online vagy személyes) hossza 60 perc és díja 18.000 Ft. A konzultációs díjat készpénzben vagy átutalással lehet rendezni. Az átutalást kérném a konzultáció alatt vagy közvetlenül utána rendezni. A munkadíjról a hónap végén állítok ki számlát. Idegen nyelven történő ellátás esetén alkalmanként 2000 Ft felár fizetendő (idegen nyelven történő vizsgálat esetén 10.000 Ft felár). Számlaszámom: 1040 1048 8676 6878 8874 1022 (Boda Fanni, K&H bank).

A magánrendeléselem során pszichoterápiát, illetve más, egészségügyi szolgáltatásnak minősülő tevékenységet nem végzek. Amennyiben más szakember (gyermekpszichiáter, klinikai szakpszichológus, stb.) felkeresését javaslom, illetve jelzem, hogy a szakterületemen kívül eső probléma merült fel a kliens esetében, a szülő felelőssége a javaslatot elfogadni.

A kliens személyes adatait, a hatályos adatvédelmi törvénynek és a pszichológusi munka etikai szabályainak megfelelően, titoktartási kötelezettségének betartásával tartom nyilván és kezelem. Ez alól kivételt képez, ha gyermekveszélyeztetés gyanúja áll fenn.

A foglalkozások hossza 45 perc, melynek gyakorisága általában heti 1 alkalom. Kérem a kezdési és a befejezési időpontot figyelembe venni, leghamarabb a kezdési időpont előtt 5 perccel érkezzenek, mivel a korábban történő érkezés a készülődési folyamatot zavarhatja meg. Késés esetén a foglalkozást nem áll módomban később befejezni. A gyermekkonzultációs alkalmak a szülő jelenléte nélkül folynak.

Lemondás esetén (betegség, egyéb elfoglaltság) kérem telefonon (06 20 254 36 26) vagy e-mailen ([info@potyi.org](mailto:info@potyi.org)) értesíteni. 24 órán belül lemondott alkalom vagy a konzultáción való megjelenés elmulasztása esetén a munkadíj felszámolásra kerül (kivéve vis major esetén). A héten való pótlás esetleges lehetősége nem befolyásolja az elmaradt alkalomra vonatkozó munkadíj kiegyenlítésének kötelezettségét. Egymás utáni 3 alkalom lemondása esetén a folyamat lezárására kerülhet sor.

Nem áll módomban írásos dokumentumot kiadni a pszichológiai konzultációs alkalmak tartalmáról a szülők részére, kizárólag előzőleg megbeszélt esetben.

Pszichológusként az észlelő- és jelzőrendszer tagjaként a gyermek veszélyeztetésének gyanúja esetén köteles vagyok jelzéssel élni a gyermekjóléti szolgáltató felé.

Közös felügyeleti jog esetén a pszichológiai konzultációs folyamathoz mindkét szülőnek hozzá kell járulnia. Amennyiben a szülő kizárólagos felügyelettel él, az esetben a konzultációs folyamathoz elegendő az ő beleegyező nyilatkozata, de hozzájárulhat ahhoz, hogy szülőtársa is tájékoztatást kapjon.

**Boda Fanni**  
pszichológus - fejlesztőpedagógus  
Adószám: 68935366-1-41  
Nyilvántartási szám: 52480931



**Boda Fanni**  
pedagógiai szakpszichológus  
fejlesztőpedagógus

### KÖZÖS FELÜGYELETI JOG ESETÉN KÖTELEZŐEN KITÖLTENDŐ

Alulírott (mindkét szülő/gondviselő neve) ..... és  
..... az alábbi tájékoztatást tudomásul vettem, elfogadom,  
és hozzájárulok, hogy gyermekem ..... (gyermek neve) a  
pszichológiai konzultáción részt vegyen.

.....  
1. szülő/Gondviselő aláírása

.....  
2. szülő/Gondviselő aláírása

### KIZÁRÓLAGOS FELÜGYELETI JOG ESETÉN KÖTELEZŐEN KITÖLTENDŐ

Alulírott (kizárólagos felügyeleti joggal élő szülő /gondviselő neve)  
..... az alábbi tájékoztatást tudomásul vettem, elfogadom, és  
hozzájárulok, hogy gyermekem ..... (gyermek neve) a  
pszichológiai konzultáción részt vegyen.

.....  
Szülő/Gondviselő aláírása

### KIZÁRÓLAGOS FELÜGYELETI JOG ESETÉN OPCIONÁLISAN KITÖLTHETŐ

Alulírott (kizárólagos felügyeleti joggal élő szülő neve)  
..... hozzájárulok, hogy szülőtársam (másik szülő  
neve) ..... tájékoztatásban részesülhessen gyermekem  
..... (gyermek neve) pszichológiai konzultációját illetően.

.....  
Szülő/Gondviselő aláírása

Budapest, .....

## ADATKEZELÉSI TÁJÉKOZTATÓ

Boda Fanni, pedagógiai szakpszichológus és fejlesztőpedagógus, egyéni vállalkozó (nyilvántartási szám: 52460931, adószám: 68935366-1-41)

- az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény,
- a természetes személyeknek a személyes adatok kezelése tekintetében történő védelméről és egyebekről szóló, az Európai Parlament és a Tanács (EU) 2016/679. rendelete (GDPR),
- valamint az egyéb vonatkozó jogszabályi előírások figyelembevételével a partnerek számára a kezelt személyes adatok körében követett gyakorlatról az alábbi tájékoztatást nyújtja:

Személyes adat kezelésére csak az egymás közötti kommunikáció gyakorlása érdekében van lehetőség. Az általam kezelt személyes adatok egyéb célra nem használhatók fel. Tevékenységem során nincs egyéb, jogszabályilag előírt adatkezelési vagy adattovábbítási kötelezettség. Az ügyfél kérheti a kapcsolattartási adatainak helyesbítését vagy törlését. A kezelt adatokat 5 évig megőrzöm, majd törlésre kerülnek. Munkám során gondoskodom arról, hogy jogosulatlan személyek ne tekinthessenek be személyes adatokba, továbbá arról, hogy a személyes adat tárolása, elhelyezése úgy kerüljön kialakításra, hogy az jogosulatlan személy részére ne legyen hozzáférhető, megismerhető, megváltoztatható, megsemmisíthető. A felhasználói önkéntes adatszolgáltatás során az ügyfél az alábbi adatokat adhatja meg (önkéntes alapon, a szolgáltatás használatához azonban elengedhetetlen): szülő (törvényes képviselő) és a gyermek neve, kapcsolattartási telefonszám, e-mail cím, lakcím.

Az ügyfél az adatkezelési eljárással kapcsolatos panasszal a NAIH-hoz fordulhat:

név: Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság  
székhely: 1024 Budapest, Szilágyi Erzsébet fasor 22/C.  
honlap: [www.naih.hu](http://www.naih.hu)

Az ügyfél- választása szerint – bírósági úton is érvényesítheti igényét. A per elbírálása a törvényszék hatáskörébe tartozik. A per - az érintett választása szerint - az érintett lakóhelye vagy tartózkodási helye szerinti törvényszék előtt is megindítható.

## NYILATKOZAT

Név (+ gyermek neve): .....

Lakcím: .....

E-mail: .....

Telefonszám: .....

A fenti adatvédelmi tájékoztatóját megismertem, tudomásul veszem, az adatkezeléshez hozzájárulok.

Budapest, .....

.....

aláírás