

Klinik Psikolog

# Karen Levi

## ÇEVİRİM İÇİ GÖRÜŞME ONAM FORMU

Bu form birlikte yapacağımız çalışmanın ana hatlarını bilginize sunmak için hazırlanmıştır. Lütfen dikkatlice okuyup doldurduktan sonra **psikologkarenlevi@gmail.com** adresine e-posta yoluyla gönderiniz. Bu formun tarafınızca doldurulması ve imzalanması, birlikte çalışmaya başlayabileceğimiz anlamına gelir.

### DANIŞAN BİLGİLERİ

İsim ve Soyad:

Adres:

Telefon:

E-posta:

### GİZLİLİK VE ETİK BİLGİLENDİRME

- Görüşmelerimiz tamamen gizlilik esasına göre gerçekleşir.
- Kimliğiniz ve aktardığınız içerikler üçüncü kişilerle paylaşılmaz.
- Süpervizyon alınmaktadır ancak danışan kimliği paylaşılmaz.
- Zarar riski durumunda ilgili makamlarla iletişim kurulabilir.
- Terapi sürecinde notlar alınabilir, kimlik bilgisi içermez.
- Etik kurallar UKATA standartlarına uygundur. [UKATA Ethics](#)

## ÇALIŞMA KOŞULLARI

- **Seans Süresi:** 45 dakika
- **Ödeme:** Seans sonrası gelen faturadaki bağlantı üzerinden aynı gün yapılmalıdır.
- **İptal:** En az 24 saat önceden iptal edilmelidir. Aksi halde ücret alınır.
- **Geç Kalma:** Seans süresi uzatılmaz.
- **Görüşme Yöntemi:** Zoom, Google Meet ve Whatsapp. Gizli, sessiz bir ortam önerilir.
- **Seans Dışı İletişim:** Acil durum ya da randevu değişikliği dışında yapılmaz.

## GÜVENLİK AMAÇLI ÖN BİLGİLENDİRME

1. Görsel/işitsel halüsinasyon yaşadınız mı?
2. İntihar düşünceniz/girişiminiz oldu mu?
3. Şu an intihar düşünceniz var mı?
4. Daha önce psikiyatrik tanı aldınız mı?
5. Düzenli kullandığınız ilaçlar (isimleriyle):

Ekleme İstedığınız Bilgiler:

## **ONAY BEYANI**

Yukarıdaki tüm bilgileri okudum, anladım ve kabul ediyorum. Bu şartlar dahilinde Psikolog Karen Levi ile çevrim içi psikolojik destek çalışması yürütmeyi kabul ediyorum.

**Danışanın İsmi:**

**Danışanın İmzası:**

**Tarih:**

**Psikolog Karen Levi**

**İmza:**

**Tarih:**

**E-posta:** psikologkarenlevi@gmail.com