

ZASADY UCZESTNICTWA W ZAJĘCIACH
W SENSOMAR GABINET WSPIERANIA ROZWOJU DZIECKA

➤ **Informacje ogólne.**

1. Przed wejściem do gabinetu, zarówno opiekun jak i dziecko myją lub dezynfekują ręce.
2. Zaleca się, aby dziecko było przyprowadzane na terapię przez jednego opiekuna/rodzica. W sytuacjach kiedy, w gabinecie jest opóźnienie zaleca się skorzystanie z poczekalni na parterze budynku.

➤ **Przebieg terapii**

1. Rozpoczęcie terapii poprzedza diagnoza procesów Integracji Sensorycznej/ pedagogiczna ocena rozwoju, której efektem jest omówienie wyników i ustalenie planu terapii (w zależności od rodzaju podjętej terapii – diagnoza i plan pracy terapeutycznej jest odpowiednio dostosowany).

2. Zakres oddziaływań, intensywność zajęć oraz dobór metod dostosowane są do potrzeb i możliwości rozwojowych dziecka.

3. Dziecko podlega okresowej, kontrolnej (w ramach ustalonych spotkań) rediagnozie, a jej wynik przedstawiony jest Rodzicowi/Opiekunowi dziecka w formie ustnej lub pisemnej.

4. Rodzic/Opiekun dziecka zobowiązany jest do przekazania terapeutce wszelkich informacji dotyczących sytuacji zdrowotnej oraz nie zatajania przed terapeutą jakichkolwiek informacji mogących wpływać na decyzje dotyczące przeprowadzania zajęć z dzieckiem.

5. Każde zajęcia terapeutyczne mają uzgodniony dzień i godzinę zarezerwowaną dla danego dziecka.

6. Na zajęcia można przyprowadzać tylko dzieci zdrowe, w sytuacji w której terapeuta uzna że dziecko ma objawy chorobowe może odmówić prowadzenia terapii lub poprosić rodzica o odebranie dziecka.

7. Rodzic/Opiekun ma prawo przebywać z dzieckiem na sali podczas zajęć, jednak terapeuta może zasugerować opuszczenie sali, jeśli miałyby to być korzystniejsze dla przebiegu zajęć.

8. Rodzic/Opiekun zobowiązuje się do:

- przyprowadzania i odbierania dziecka w określonym czasie,
- przestrzegania zaleceń terapeuty dotyczących pracy i postępowania z dzieckiem w domu ,
- informowania o równoległym poddawania dziecka innym oddziaływaniom terapeutycznym,
- udostępnianiu stosownej dokumentacji w celu pełnej diagnozy i rzetelnej terapii.

9. Na sali terapeutycznej dziecko znajduje się pod opieką Terapeuty do momentu zakończenia zajęć terapeutycznych.

Poza salą terapeutyczną dziecko ZAWSZE znajduje się pod opieką Rodzica/Opiekuna i to on ponosi odpowiedzialność za bezpieczeństwo dziecka. Proszę nie pozostawiać dziecka bez opieki w poczekalni gabinetowej, dopóki Terapeuta nie zaprosi Pacjenta na salę terapeutyczną. Dziecko w poczekalni musi bezwzględnie pozostać pod opieką Rodzica/ Opiekuna – w razie jakiegokolwiek urazu, szkody lub uszczerbku na zdrowiu dziecka, winę za zaistniałą ponosi Rodzic/ Opiekun.

Z chwilą, kiedy terapeuta informuje o zakończeniu zajęć – dziecko przechodzi pod opiekę RODZICA/OPIEKUNA, a terapeuta nie ponosi odpowiedzialności za jego zdrowie lub wyrządzone szkody.

10. W związku ze specyfiką prowadzonej terapii, a także tym, iż na salach terapeutycznych znajdują się ruchome sprzęty, które mogą stanowić niebezpieczeństwo poniesienia uszkodzeń takich jak m.in.: uderzenia, stłuczenia, zadrapania, zwichnięcia czy złamania - Rodzic podpisuje świadomie deklarację chęci uczestnictwa swojego dziecka w tego typu terapii. (dotyczy Terapii Integracji Sensorycznej/ Terapii Integracji Sensorycznej z elementami Pedagogiki/ Terapii Integracji Sensorycznej z Fizjoterapią/ Terapii Integracji Sensorycznej z Terapią Logopedyczną).

11. W przypadku spóźnienia na zajęcia - nie ulegają one przedłużeniu.
12. Dzieci odbierane są z zajęć przez Rodziców/Opiekunów lub inne osoby mogące zapewnić bezpieczeństwo dziecku, wcześniej upoważnione przez Rodziców/Opiekunów.
13. Terapeuta na bieżąco informuje Rodzica/Opiekuna dziecka o przebiegu i postępach terapii (5 min. zajęć terapeutycznych – należy pamiętać, że zajęcia **trwają 45 minut** łącznie pracy na sali terapeutycznej oraz rozmowy z Rodzicem).
14. Konsultacje z Rodzicami/Opiekunami i rozmowy dotyczące dziecka przeprowadzamy na początku lub na końcu zajęć (**jednak nie jest to możliwe po upływie czasu terapii**). Możliwe jest jednak dodatkowe spotkanie, na które konieczne jest ustalenie odrębnego terminu, w celu wyjaśnienia wszelkich dylematów związanych z terapią dziecka. Terapeuci starają się, aby byli Państwo właściwie zaopiekowani i w każdym momencie wiedzieli, jak wygląda plan terapii (mocne i słabe strony Państwa Dziecka).
15. Dzieci powinny być ubrane w wygodny, czysty strój, pozwalający na swobodny ruch, oraz posiadać skarpety antypoślizgowe. Przed zajęciami należy zdjąć dziecku zegarki, łańcuszki, pierścionki, itp.
16. Rodzic/Opiekun ma prawo do zachowania poufności swoich i dziecka danych personalnych, jak i wyników terapii. Przechowywana u nas dokumentacja nie będzie przekazywana ani ujawniana osobom trzecim. Rodzic/Opiekun w dowolnym momencie ma prawo wglądu do dokumentacji terapeutycznej swojego dziecka.
17. Rodzic może wyrazić zgodę, na nagrywanie wizerunku dziecka w przebiegu terapii w celu prowadzenia dokumentacji terapeutycznej.
18. Po wyrażeniu chęci przez rodzica terapeuta może nagrywać przebieg terapii i propozycję ćwiczeń w domu.

UWAGA!

Przy zapisach na terapię honorowana jest diagnoza z innego ośrodka, nie starsza niż 6 miesięcy od daty jej przeprowadzenia. Konieczne jest jedynie dostarczenie kopii opisu diagnozy do terapeuty przed rozpoczęciem zajęć.

KARTA INFORMACYJNA

1. Imiona i Nazwisko dziecka:

.....

2. Imiona i Nazwiska Rodziców/Opiekunów:

.....

2. Dane kontaktowe

numer telefonu.....

adres zamieszkania.....

e-mail.....

3. Oświadczam, że zapoznałam/em się z zasadami i regulaminem uczestnictwa w zajęciach w Gabinetce Wspierania Rozwoju Dziecka SENSOMAR.

Czytelny podpis rodzica/opiekuna

.....

4. Oświadczam, że zapoznałam/em się z zasadami odwoływania zajęć i kosztach zajęć w Gabinetce Wspierania Rozwoju Dziecka SENSOMAR.

Czytelny podpis rodzica/opiekuna

.....

5. Oświadczam, że zapoznałam/em poinformowany/a o ryzyku wystąpienia np. urazu, kontuzji stłuczenia itp. wynikające ze specyfiki zajęć i wykorzystywanego sprzętu, oraz dysfunkcji dziecka w Gabinetce Wspierania Rozwoju Dziecka SENSOMAR.

Czytelny podpis rodzica/opiekuna

.....

4. Oświadczam, że samodzielnie i świadomie decyduję się o podjęciu/ kontynuowaniu przez moje dziecko terapii i zobowiązuję się do przestrzegania zaleceń terapeuty w Gabinetce Wspierania Rozwoju Dziecka SENSOMAR.

Czytelny podpis rodzica/opiekuna

.....

7. Oświadczam, że przyjąłem do wiadomości, że poza salą terapeutyczną dziecko ZAWSZE znajduje się pod opieką Rodzica/Opiekuna i to on ponosi odpowiedzialność za bezpieczeństwo dziecka.

Czytelny podpis rodzica/opiekuna

.....

8. Oświadczam, zapoznałam/am się ze standardami ochrony małoletnich obowiązujące w gabinecie SENSOMAR

Czytelny podpis rodzica/opiekuna

.....

9. Oświadczam że wyrażam zgodę na rejestrowanie wizerunku mojego dziecka w przebiegu terapii wyłącznie do prywatnej wiadomości rodziców.

Czytelny podpis rodzica/opiekuna

.....

10. Wyrażam/nie wyrażam zgody na wykorzystanie wizerunku mojego dziecka przez Sensomar Gabinet Wspierania Dziecka w celach promowania gabinetu na Facebooku. Potwierdzam że zgoda jest dobrowolna i została udzielona świadomie.

Czytelny podpis rodzica/opiekuna

.....

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie u dziecka (imię i nazwisko) terapii.....

Zostałam/Zostałem poinformowana, że terapia ta wiąże się z koniecznością dotyku Pacjenta przez terapeutę i jestem tego świadoma/świadom. Terapeuta przeprowadza terapię w sposób profesjonalny z zachowaniem obowiązujących zasad i zgodnie z metodą.

Czytelny podpis rodzica/opiekuna

.....

Oświadczam, że oboje Rodziców/Opiekunów dziecka (imię i nazwisko).....

.....

Są zgodni co do przeprowadzenia diagnozy / terapii dziecka w SENSOMARZE. Oboje zobowiązują się świadomie do uczestnictwa dziecka w spotkaniach diagnostycznych/ zajęciach terapeutycznych.

Data, Podpis Rodzica/ Opiekuna

.....