

ZASADY TERAPII LOGOPEDYCZNEJ
w prywatnym Gabinetcie Logopedycznym *Sójka* w Sosnowcu
Dotyczą terapii pacjentów pełnoletnich.



1. Zajęcia terapeutyczne rozpoczynają się po podpisaniu przez pacjenta pisemnej zgody na działania terapeutyczne, a kończą się z chwilą osiągnięcia zamierzonego celu terapeutycznego.
2. W zajęciach mogą brać udział jedynie zdrowi pacjenci (bez kataru, kaszlu, gorączki, chorób wirusowych, chorób zakaźnych, bólu głowy, brzucha, biegunki, wymiotów itp.).
3. Na prośbę logopedy pacjent zobowiązany jest do wykonania odpowiednich badań lekarskich w celu pogłębienia diagnozy i zastosowania odpowiednich metod terapeutycznych.
4. W celu osiągnięcia zamierzonych efektów terapeutycznych, pacjent powinien udostępnić logopedzie wyniki badań o lekarzy i specjalistów, które logopeda uzna za znaczące w terapii.
5. Nieobecność należy zgłosić minimum 3 godziny przed planowaną wizytą.
6. W sytuacji spóźnienia się na wizytę (np. korki na drodze) pacjent jest zobowiązany poinformować logopedę telefonicznie lub SMSem (570 301 442) o zaistniałej sytuacji.
7. Pacjent jest zobowiązany do opłacania wizyt gotówkowo lub bezgotówkowo zgodnie z obowiązującym cennikiem:

	diagnoza	60 minut	45 minut	30 minut
terapia logopedyczna	200 zł	140 zł	120 zł	100 zł

8. Pacjent ma możliwość zakupu pakietów wizyt. Pojedyncze spotkania zakupione w ramach pakietu można zrealizować w dowolnym terminie. W przypadku zakupu pakietu obowiązuje następujący cennik:

Pakiet	Cena
4 wizyty po 60 minut	520 zł
4 wizyty po 45 minut	440 zł
4 wizyty po 30 minut	360 zł

9. Klient kupujący pakiet zobowiązany jest przestrzegać **regulaminu**:
 - Zakup pakietu: Pakiet należy zakupić przed rozpoczęciem pierwszych zajęć.
 - Nieobecności należy zgłaszać najpóźniej dzień przed planowaną wizytą.
 - Brak zgłoszenia nieobecności: W przypadku nieobecności, która nie została zgłoszona z wyprzedzeniem, zajęcia uznaje się za odbyte, a opłata za nie przepada.
 - Zgłoszenie nieobecności: Jeśli nieobecność została wcześniej odnotowana, istnieje możliwość odrobienia tych zajęć w innym terminie.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z zasadami terapii logopedycznej i akceptuję jej warunki.

Sosnowiec,

Pacjent:

ZGODA NA DZIAŁANIA DIAGNOSTYCZNE I TERAPEUTYCZNE

w prywatnym Gabinetzie Logopedycznym *Sójka* w Sosnowcu

Dotyczą terapii z dorosłymi pacjentami.



Ja, niżej podpisana/y wyrażam zgodę na diagnozę oraz (gdy zajdzie potrzeba) terapię logopedyczną.

Dane pacjenta

Imię i nazwisko (proszę wypełnić czytelnie):.....

Data urodzenia:.....

Numer kontaktowy:.....

W celu usprawnienia procesu diagnozy logopedycznej, proszę zaznaczyć właściwe:

☐ nie mam alergii pokarmowych

☐ mam następujące alergie pokarmowe:.....

Wyrażam zgodę na następujące działania, które będą wykonywane podczas wizyt w gabinecie:

☐ masaż logopedyczny

☐ terapię manualną (usprawnianie pracy aparatu artykulacyjnego)

☐ korygowanie postawy ciała podczas pisania, siedzenia, ćwiczeń ruchowych oraz relaksacyjnych

☐ wykorzystywanie artykułów spożywczych podczas diagnozy oraz ćwiczeń żucia, gryzienia, odgryzania, połykania oraz nauki prawidłowej pozycji spoczynkowej artykulatorów

Sosnowiec,.....

.....

podpis pacjenta