

**Regulamin uczestnictwa
w Psychiatrycznym Oddziale Dziennym
SPZLP w Siemianowicach Śląskich
w grupie terapeutycznej II**

1. Terapia odbywa się w dniach od poniedziałku do piątku przez 12 tygodni.
2. Pacjenci zobowiązani są zachować w tajemnicy informacje dotyczące innych pacjentów uzyskane w trakcie terapii.
3. Tylko przez aktywne uczestnictwo w terapii pacjent może w pełni skorzystać z terapii. Pacjent ma prawo mówić o wszystkich swoich myślach i uczuciach. Wskazane jest unikanie oceniania innych uczestników terapii.
4. Podczas sesji pacjenci nie powinni jeść oraz korzystać z telefonów (należy je wyłączyć lub wyciszyć).
5. Uczestnictwo w terapii przez pacjenta będącego pod wpływem alkoholu lub innych środków odurzających jest niedopuszczalne i równoznaczne z wypisem z oddziału.
6. Niedopuszczalna jest agresja wobec innych uczestników leczenia.
7. Niedopuszczalne są kontakty seksualne pomiędzy pacjentami.
8. Obecność i punktualność na sesjach i innych zajęciach terapeutycznych jest warunkiem koniecznym efektywnego leczenia. Nieobecności, spóźnienia i wyjścia z sali w trakcie trwania sesji są omawiane na sesjach. O planowanej nieobecności pacjent powinien poinformować na sesji, a w razie nagłej nieobecności – telefonicznie (sms) poinformować terapeutów.
9. Pacjenci uczestniczący w terapii wyrażają zgodę na obecność i uczestnictwo w zajęciach terapeutycznych i diagnostycznych stażystów i innych osób szkolących się w oddziale.
10. Wszystkie osoby biorące udział w zajęciach terapeutycznych i diagnostycznych, w tym terapeuci, stażyści i inne osoby szkolące się w oddziale, są zobowiązane do zachowania tajemnicy. Obowiązek zachowania tajemnicy nie wiąże: gdy zagrożone jest życie lub zdrowie pacjenta, lub innej osoby, a także w innych sytuacjach określonych w przepisach prawa; w związku z obowiązkiem superwizowania pracy terapeutycznej.
11. Informacje o Prawach Pacjenta znajdują się na tablicy ogłoszeń na terenie placówki.
12. Pacjent zobowiązany jest do zapoznania się z „Zasadami korzystania z kuchni oddziałowej dla pacjentów Psychiatrycznego Oddziału Dziennego”.

Przeczytałem (-am) powyższy regulamin, rozumiem go i zobowiązuję się stosować jego zasady.

.....
Data

.....
Podpis