

## Regulamin Gabinetu Logopedyczno-Pedagogicznego *Progressio*

1. Gabinet Logopedyczno – Pedagogiczny *Progressio* udziela specjalistycznej pomocy – diagnozy i terapii: logopedycznej, neurologopedycznej, pedagogicznej, socjoterapeutycznej, w zaburzeniach spektrum autyzmu dzieciom, młodzieży oraz dorosłym.
2. Terapeuta ma prawo do zamiany oferty w każdej chwili, w szczególności poprzez dodawanie lub rezygnowanie ze świadczenia wybranych zajęć.
3. Zajęcia specjalistyczne trwają 60 minut, przy czym 5 minut jest przeznaczane na rozmowę z rodzicem lub opiekunem na temat przebiegu i obserwowanych postępach terapii. W wyjątkowych sytuacjach zajęcia mogą ulec skróceniu, gdyż ich długość dostosowana jest do możliwości danego pacjenta. Rodzic lub opiekun również przekazuje informację zwrotną dotyczącą efektywności zajęć, zachodzących zmian w funkcjonowaniu pacjenta, o innych formach terapii, którym poddawany jest pacjent równolegle i spostrzeżeniach innych terapeutów.
4. Rozpoczęcie terapii poprzedza diagnoza. W zależności od potrzeb trwa ona od 60 do 90 minut. Diagnoza wykonywana jest z użyciem odpowiedniego testu lub karty oceny rozwoju. Najważniejsze obserwacje tej oceny są przekazywane bezpośrednio po badaniu. Przed i po badaniu jest prowadzony wywiad z rodzicem lub opiekunem. Wyniki badania przekazywane są rodzicom lub opiekunom na pierwszym lub drugim spotkaniu ustnie i/lub w formie dokumentu (jeżeli rodzic/opiekun wybiera taką formę przekazania informacji).
5. Rodzice/opiekunowie są zobowiązani do przekazania terapeutce posiadanej wiedzy o stanie zdrowia pacjenta, gdyż jest to niezbędne do zapewnienia mu bezpieczeństwa podczas prowadzonych zajęć.
6. Na podstawie diagnozy ustalam program terapii. Zakres oddziaływań, intensywność zajęć oraz dobór metod dostosowane są do indywidualnych potrzeb i możliwości rozwojowych pacjenta. Największy nacisk kładę na najniższe funkcje poznawcze i językowe pacjenta. Każde spotkanie obejmuje ćwiczenia ogólnorozwojowe wpływające na rozwój systemu językowego. Ćwiczone są przede wszystkim: spostrzeganie wzrokowe, spostrzeganie słuchowe, sprawność motoryczna, operacje myślowe, koncentracja i pamięć.
7. Wymagana jest systematyczna praca rodzica lub opiekuna z pacjentem w domu, według zaleceń specjalisty. Jedynie odpowiednia współpraca gwarantuje lepsze i szybsze rezultaty terapeutyczne.
8. Pacjent zobowiązuje się do przestrzegania zaleceń terapeuty udzielonych na piśmie lub ustnie. W przeciwnym przypadku terapeuta nie bierze odpowiedzialności za efekty prowadzonej terapii.
9. Terapeuta ma prawo zrezygnować z prowadzenia zajęć w przypadku niestosowania się pacjenta do zaleceń lub częstych absencji pacjenta.
10. Pacjent na zajęcia przychodzi czysty, z umytą buzią.
11. Na zajęcia pacjent nie przychodzi z jedzeniem - w gabinecie dostępna jest woda do picia.

12. Opiekun pacjenta ma prawo być obecny w pomieszczeniu podczas zajęć, jednak terapeuta może zasugerować konieczność opuszczenia pomieszczenia, jeśli podnosi to jakość zajęć i efektywność terapii.
13. Pacjent ma prawo odwołać zajęcia bez ponoszenia dodatkowych kosztów, jednak nie później niż na 24 godziny przed ich terminem. O planowanej nieobecności pacjent powinien poinformować SMS-em lub telefonicznie, otrzymując informację zwrotną o przyjęciu rezygnacji.
14. W przypadku zajęć odwołanych przez pacjenta w terminie krótszym niż 24 godziny ponosi on 50% kosztów zajęć. W przypadku nieobecności pacjenta na zajęciach bez wcześniejszego uprzedzenia może skutkować przerwaniem dalszej współpracy.
15. W przypadku spóźnienia na zajęcia – nie ulegają one przedłużeniu.
16. Opłaty za zajęcia są przekazywane terapeutce gotówkowo po każdym zajęciu lub – w przypadku pakietu miesięcznego – przed pierwszymi zajęciami w danym miesiącu, stosownie do ustalonej wcześniej ceny.
17. Pacjent nie ponosi kosztów zajęć, które się nie odbyły z winy terapeuty. Terapeuta powinien poinformować pacjenta o odwołaniu zajęć nie później niż na 24 godziny przed ich terminem.



### ***Deklaracja uczestnictwa w terapii***

*Zapoznałem(am) się i akceptuję regulamin gabinetu Progressio.*

*Wyrażam zgodę na udział.....  
w diagnozie i programie terapii.*



*Data i podpis.....*