

REGULAMIN

uczestnictwa w zajęciach terapeutycznych realizowanych przez Centrum-Terapeutyczno-Diagnostyczne Sensoryczny Szalas

§ 1

Przez użyte w niniejszym Regulaminie pojęcia należy rozumieć:

Organizator lub **Gabinet** – Centrum Terapeutyczno-Diagnostyczne Sensoryczny Szalas zlokalizowane przy ul. Szalasa 11/8, 03-180 Warszawa Białoleka prowadzone przez Sensory Box Olga Kwapisz, Gdyńska 7A/14, 80-340 Gdańsk, NIP: 584-26-47-673. Dane kontaktowe tel. +48 576 629 857, mail: gabinet@sensorycznyszalas.pl.

Zgłaszający lub **Rodzice** – osoba lub osoby prawnie odpowiedzialna za Pacjenta zgłoszonego do uczestnictwa w zajęciach terapeutycznych realizowanych przez Centrum Terapeutyczno-Diagnostyczne Sensoryczny Szalas. Wymagane tylko w przypadku niepełnoletniości Pacjenta. Dane do uzupełnienia w Załączniku 1.

Pacjent lub **dziecko** – osoba uczestnicząca w zajęciach terapeutycznych realizowanych przez Centrum Terapeutyczno-Diagnostyczne Sensoryczny Szalas. Dane do uzupełnienia w Załączniku 1.

Terapeuta – osoba powołana przez Organizatora do należytego prowadzenia, wykonania terapii w cyklu zajęć terapeutycznych realizowanych przez Centrum Terapeutyczno-Diagnostyczne Sensoryczny Szalas. Osoba dysponująca odpowiednią, udokumentowaną wiedzą i doświadczeniem osobiście sprawdzona i nadzorowana przez Organizatora. Może to być również Organizator.

Terapia – zajęcia terapeutyczne prowadzone przez Terapeute w celu pomocy Pacjentowi poprzez świadome i celowe oddziaływanie na tegoż.

§ 2

1. Zajęcia odbywają się w lokalu przy ulicy Kazimierza Szalasa 11 mieszkanie 8 na Warszawskiej Białolece – w siedzibie Centrum Terapeutyczno-Diagnostyczne Sensoryczny Szalas.
2. Zakres oddziaływań, intensywność zajęć oraz dobór metod dostosowane są do potrzeb i możliwości rozwojowych dziecka, stopnia zaburzenia oraz od postępów w terapii.
3. Gabinet świadczy usługi według aktualnej oferty i cennika.
4. Zabrania się wchodzenia do sal terapeutycznych bez osoby prowadzącej zajęcia.

§ 3

1. W trakcie terapii dziecko pozostaje pod opieką terapeuty prowadzącego zajęcia, natomiast podczas oczekiwania na wejście do sali oraz po zakończeniu zajęć odpowiedzialność za nie ponoszą rodzicie lub osoby przez nich wskazane przed zajęciami i dopisane do Załącznika 2.
2. Rodzic 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.
3. Na zajęcia można przyprowadzać tylko dzieci zdrowe (tzn. bez kataru, kaszlu, gorączki, bólów głowy, brzucha, chorób zakaźnych, itp.) oraz nie będące podczas leczenia antybiotykowego.
 4. Rodzic ma prawo przebywać z dzieckiem na sali podczas zajęć, jednak terapeuta może poprosić o opuszczenie sali jeśli miałyby to być korzystniejsze dla przebiegu zajęć.
 5. Konsultacje z Rodzicami/Opiekunami i rozmowy dotyczące dziecka przeprowadzamy na początku lub na końcu zajęć. Możliwe jest także dodatkowe spotkanie w celu wyjaśnienia wszelkich dylematów związanych z terapią dziecka.
 6. Za uszkodzenia na terenie gabinetu odpowiedzialność ponoszą sprawcy lub też opiekunowie/rodzice tegoż. Wyjątek od tego stanowią przypadkowe uszkodzenia podczas kiedy dziecko przebywa pod opieką terapeuty.
 7. Terapeuci nie ponoszą odpowiedzialności za dzieci nieodebrane przez rodziców/wskazanych opiekunów (załącznik 2) po zakończeniu zajęć.

§ 4

1. 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 poddawaniu dziecka innym oddziaływaniom terapeutycznym,
 - udostępnianiu stosownej dokumentacji w celu pełnej diagnozy i rzetelnej terapii.
2. Pacjenci powinni być ubrani w wygodny strój, pozwalający na swobodny ruch, oraz posiadać skarpety antypoślizgowe. Przed zajęciami należy zdjąć dziecku zegarki, łańcuszki, pierścionki, itp.
3. Przy zapisach na terapię wymagającą diagnozy honorowana jest diagnoza z innego ośrodka, nie starsza niż 6 miesięcy od daty jej przeprowadzenia. Konieczne jest jedynie dostarczenie kopii opisu diagnozy do terapeuty SI przed rozpoczęciem zajęć.
4. Rediagnozę przeprowadzamy najwcześniej po 12 miesiącach terapii.

§ 5

1. Należność za wizytę winna być opłacona przed wejściem na zajęcia terapeutyczne.
2. Zajęcia dzielą się na:
 - poranne – rozpoczynające się do 14:00
 - popołudniowe – rozpoczynające się po 14:00
3. Aby odwołać wizytę należy skutecznie powiadomić terapeutę/gabinet o odwołaniu zajęć (automatyczna sekretarka, sms, mail nie gwarantują dotarcia informacji w należyтым czasie), ważne tutaj jest potwierdzenie przez terapeutę otrzymania informacji.
4. Przypadki zdarzeń losowych uniemożliwiających udział dziecka w zajęciach będą rozpatrywane indywidualnie.
5. Nieobecność dziecka na zajęciach porannych odwołana najpóźniej przed godziną 20:00 dnia poprzedniego nie skutkuje pobraniem opłaty z tytułu niestawienia się na zajęcia (§ 5.7)

6. Nieobecność dziecka na zajęciach popołudniowych odwołana najpóźniej przed godziną 08:00 tego samego dnia nie skutkuje pobraniem opłaty z tytułu niestawienia się na zajęcia (§ 5.7)
7. Nie stawienie się na wizytę lub odwołanie wizyty w dniu, kiedy ma się ona odbyć (za wyjątkiem § 5.6) skutkuje pobraniem opłaty w wysokości 100% kosztów danej wizyty
8. Brak opłaty lub potwierdzenia jest jednoznaczne z zawieszeniem terapii.
9. Jeżeli dziecko spóźni się na zajęcia, Opiekun zobowiązany jest wnieść opłatę według cennika za całe zajęcia jako, że zajęcia nie są przedłużane. Pacjent nie ponosi kosztów zajęć, które nie odbyły się z winy terapeuty.
10. Zajęcia terapeutyczne odbędą się jeśli spóźnienie na zajęcia wyniesie 10 minut max. na zajęciach 30-minutowych oraz 20 minut max. na zajęciach 50-minutowych. Opłata pobierania jest za całe zajęcia (zgodnie z § 5.7).
11. Jeżeli zajęcia nie odbędą się z winy Gabinetu lub Terapeuty, wyznaczony zostanie inny termin spotkania lub wpłacona kwota za zajęcia zostanie przesunięta na następne zajęcia.

§ 6

1. Na prośbę Opiekuna terapeuta może przedstawić pisemną opinię dotyczącą postępów dziecka w terapii, zauważonych zmian albo trudności. Opłata za opinię według cennika.
2. O skuteczności terapii decydują w dużej mierze również działania podejmowane w trakcie terapii, codzienne ćwiczenia wykonywane w domu oraz realizowanie zleconych dodatkowo zadań (np. innych terapii, dodatkowych badań).

§ 7

1. Celem prowadzenia monitoringu wizyjnego jest zapewnienie bezpieczeństwa mienia oraz osób znajdujących się na terenie Centrum Terapeutyczno-Diagnostyczne Sensoryczny Szalas
2. Podstawą wprowadzenia monitoringu wizyjnego w gabinecie jest art. 6 ust. 1 pkt. f) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).
3. Zapis monitoringu może być udostępniony osobom bezpośrednio zainteresowanym wyjaśnieniem zdarzenia z zachowaniem anonimizacji innych zarejestrowanych osób, których ujawnienie mogłoby doprowadzić do naruszenia praw i wolności osób.
4. Zarejestrowany przez system monitoringu obraz nie stanowi informacji publicznej i nie podlega udostępnieniu w oparciu o przepisy ustawy o dostępie do informacji publicznej.
5. Po upływie okresu 3 miesięcy uzyskane w wyniku monitoringu nagrania obrazu podlegają zniszczeniu.
6. Nagrania mogą być przekazane, na pisemny wniosek uprawnionym służbom lub organom w celu wyjaśnienia prowadzonej sprawy.
7. W uzasadnionych przypadkach na podstawie wniosków w/w organów, w szczególności, gdy urządzenia monitoringu wizyjnego zarejestrowały zdarzenie związane z naruszeniem bezpieczeństwa osób i mienia, okres przechowywania danych może ulec wydłużeniu o czas niezbędny do zakończenia postępowania, którego przedmiotem jest zdarzenie zarejestrowane przez monitoring wizyjny.

§ 8

1. Rodzic ma prawo zrezygnować z udziału dziecka w zajęciach w drodze pisemnego oświadczenia dostarczonego do Gabinetu. W przypadku rezygnacji z zajęć Sensoryczny Szalas nie zwraca opłaty za zajęcia, które odbyły się w czasie poprzedzającym złożenie wypowiedzenia, nawet jeśli dziecko nie było na nich obecne. Obowiązkiem rodzica jest uiszczenie zaległych opłat oraz opłat za zajęcia odbywające się aż do końca terminu wypowiedzenia.
2. Sensoryczny Szalas zastrzega sobie prawo do zmiany regulaminu, jak również wprowadzenia modyfikacji cen za prowadzone zajęcia. Rodzic/opiekun zostanie poinformowany o zmianie cennika z miesięcznym wyprzedzeniem.
3. Podpisanie przez Rodzica/Opiekuna niniejszego regulaminu jest jednoznaczne z zobowiązaniem się do jego przestrzegania.

Data oraz Podpis zgłaszającego Rodzica/Opiekuna

Ja niżej podpisany wyrażam zgodnie z art. 7 ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. tzw. RODO wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych przez Centrum Terapeutyczno-Diagnostyczne Sensoryczny Szalas oraz Sensory Box Olga Kwapisz w celu komunikacji, korzystania z usług Centrum Terapeutyczno-Diagnostycznego Sensoryczny Szalas, prowadzenia terapii, przygotowywania diagnoz oraz na otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej i poczty elektronicznej informacji dot. planowanych wizyt/zajęć.

Jednocześnie oświadczam, że moja zgoda spełnia wszystkie warunki o których mowa w art. 7 RODO, tj. przysługuje mi możliwość jej wycofania w każdym czasie, zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie oraz poinformowano mnie o warunku możliwości jej rozliczalności. Zostałem również poinformowany o tym, że dane zbierane są przez Sensory Box Olga Kwapisz, o celu ich zbierania, dobrowolności podania, prawie wglądu i możliwości ich poprawiania oraz że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom. Administratorem danych wskazanych w zgodzie wyrażonej powyżej jest Olga Kwapisz z siedzibą przy Gdynska 7A/14, 80-340 Gdańsk, NIP: 584-26-47-673, Dane kontaktowe tel. +48 576 629 857, mail: gabinet@sensorycznyszalas.pl .

Data oraz czytelny podpis klienta



Załącznik 1

Dane zgłaszającego:

Imię i nazwisko zgłaszającego	
Nr telefonu	
Dodatkowy numer telefonu	
Mail	
Imię i nazwisko Pacjenta	
Data urodzenia Pacjenta	

Załącznik 2

Lista osób mogących odbierać dziecko z zajęć oraz odpowiedzialnych za dziecko po zakończeniu zajęć:

	Imię	Nazwisko	Powiązanie z dzieckiem (np. Dziadek, Wujek etc.)	PESEL
1				
2				
3				
4				