

Zasady uczestnictwa w terapii

Fundacja Dom Rodzinnej Rehabilitacji
Dzieci z Porażeniem Mózgowym w Opolu
ul. Szymanowskiego 1, 45-724 Opole

1. Terapia trwa 30-45 minut w zależności od potrzeb.
2. Częstotliwość i czas terapii ustala terapeuta.
3. Dziecko uczestniczące w terapii powinno być czyste i przygotowane do terapii. Wszystkie czynności obsługowe powinny być wykonane w pomieszczeniach do tego przystosowanych (przewijaki na poziomie I i II nowego budynku).
4. Terapeuta nie ma obowiązku przebierania dziecka (zmiany pampersa, itp.).
5. Terapeuta decyduje o przebiegu terapii (doborze metod, wspomagań, sprzętu, itp.).
6. Terapeuta dba o bezpieczeństwo i higienę sali, w której odbywa się terapia.
7. Terapeuta zobowiązany jest do punktualnego rozpoczęcia i zakończenia terapii.
8. Terapeuta zobowiązany jest do pokazania i wyjaśnienia Rodzicom zasad prawidłowej pielęgnacji i pozycjonowania w czasie zabaw i karmienia.
9. Rodzic zobowiązany jest do współpracy z terapeutą. Brak współpracy odnotowany będzie w karcie dziecka.
10. Rodzic zobowiązany jest do przestrzegania zaleceń terapeuty w Ośrodku i w domu. Jeśli rodzic nie przestrzega zaleceń, terapeuta nie ponosi odpowiedzialności za efekt terapii.
11. Jeżeli Rodzic notorycznie nie stosuje się do zaleceń terapeuty, terapeuta może zrezygnować z prowadzenia terapii.
12. Rodzic uczestniczący w terapii powinien wchodzić na salę bez butów, ale w skarpetkach - ze względów higienicznych.
13. W czasie terapii, jeśli jest taka potrzeba rodzic pomaga terapeutce zabawiając lub podtrzymując dziecko zgodnie z poleceniami terapeuty.
14. Podczas terapii nie należy rozmawiać z terapeutą, na tematy inne niż dotyczące terapii. Terapeuta może wyznaczyć inny czas rozmowy na temat terapii poza godzinami jej trwania.
15. Rodzic zobowiązany jest do zgłaszania planowanej nieobecności **najpóźniej dzień przed terapią.**
16. **Dwukrotne niezgłoszenie nieobecności** powoduje wyłączenie dziecka z terapii i powrót do kolejki oczekujących.
17. Jeśli Rodzic nie jest zadowolony z terapii może z niej zrezygnować lub poprosić o zmianę terapeuty. W takim przypadku dziecko trafia na listę oczekujących.

Potwierdzam, że zapoznałem/am się z zasadami korzystania z terapii w Fundacji Dom Rehabilitacji Dzieci z Porażeniem Mózgowym w Opolu.

Dnia

.....
Czytelny podpis (i nazwisko dziecka jeśli jest inne niż rodzica/opiekuna)