



מכון סול לפסיכותרפיה בע"מ – אבחון וטיפול פסיכולוגי ופסיכיאטרי
ויצמן 12, גבעתיים; אנצ'ו סירני 32, גבעתיים; ההדרים 41, כפר ביל"ו
www.soulpsy.co.il | office@soulpsy.co.il | 03-5233757

טופס הסכמה לאבחון ולתנאיו למבוגרים (+18)

שלום, בהמשך לשיחתנו הטלפונית,

נקבע אבחון (הקף): פסיכולוגי פסיכיאטרי נוירולוגי

עבורך ביום _____, בתאריך _____, בשעה _____, בקליניקה של
מכון סול, בכתובת: _____.

הסעיף הבא נכון רק לאבחונים פסיכולוגיים: במידת הצורך ובהתאם לשיקול דעתו המקצועי של המאבחן,
ייתכן ותזומן למפגש נוסף להמשך אבחון. לבקשתך, הדו"ח יישלח אל כתובת המייל הזו עד כ-45 ימי
עסקים מהפגישה (לא כולל שישי שבת וחגים/מועדים).

במייל מצורף טופס להשלמה, בבקשה החזר אותם מלאים טרם האבחון. יש להעביר למייל המכון כל
אבחון קודם, ככל שקיים.

התשלום המלא עבור האבחון, ייגבה בכרטיס אשראי, טלפונית (ללא הצגת הכרטיס הפיזי), בעת מועד
תאום האבחון.

מדיניות שינויים/ביטולים:

כל שינוי מועד / ביטול האבחון חודש ומעלה לפני האבחון - החזר של 75% מהתשלום הכולל.

כל שינוי מועד / ביטול האבחון שבועיים עד חודש לפני האבחון - החזר של 50% מהתשלום הכולל.

כל שינוי מועד/ביטול האבחון במסגרת 14 ימי עסקים לפני, אין החזר.

נדגיש כי דו"ח האבחון שתקבלו הינו חוות הדעת הסופית של הפסיכולוג/הפסיכיאטר ואין לשנותה.

בהצלחה,

מכון סול



מכון סול לפסיכותרפיה בע"מ – אבחון וטיפול פסיכולוגי ופסיכיאטרי
ויצמן 12, גבעתיים; אנצ'ו סירני 32, גבעתיים; ההדרים 41, כפר ביל"ו
www.soulpsy.co.il | office@soulpsy.co.il | 03-5233757

הריני החתום/ה מטה

פרטי המאובחן: אני החתום/ה מטה,

שם מלא: _____

מס' ת.ז. _____ ת.לידה _____

כתובת מייל של המאובחן/אפוטרופוס חוקי בלבד

כתובת מגורים מלאה _____

- הנני מאשר/ת את כל הכתוב לעיל והבנתי את המשמעויות של ההתחייבות כולה ובמלואה.
- ידוע לי כי אני ומזמין השירות ערבים להסכם זה ביחד ולחוד.
- מאשר/ת ביצוע התערבות מקצועית, פסיכולוגית/פסיכיאטרית ע"י צוות מכון סול.
- גבייה בכרטיס אשראי, מפרטי האשראי שניתנו טלפונית.
- ידוע לי, כי יערך תיעוד לפי חוק, במאגר נתונים חסוי.
- ידוע לי, כי העברת המידע לגורם אחר מותנית בהסכמתי החתומה.
- אני מסכים/ה ומבקש/ת בזאת כי יישלח אלי דו"ח אבחוני בדואר אלקטרוני.

שם מלא	חתימה	ת.ז.	כתובת
--------	-------	------	-------

פרטי מזמין השירות/משלם (להקיף את המתאים): אני החתום/ה מטה,

שם מלא: _____

מס' ת.ז. _____ ת.לידה _____

כתובת מייל של המשלם

כתובת מגורים מלאה _____

- הנני מאשר/ת את כל הכתוב לעיל והבנתי את המשמעויות של ההתחייבות כולה ובמלואה.
- ידוע לי כי אני ומזמין השירות ערבים להסכם זה ביחד ולחוד.
- מאשר/ת ביצוע התערבות מקצועית, פסיכולוגית/פסיכיאטרית ע"י צוות מכון סול.
- גבייה בכרטיס אשראי, מפרטי האשראי שניתנו טלפונית.
- ידוע לי, כי יערך תיעוד לפי חוק, במאגר נתונים חסוי.

שם מלא	חתימה	ת.ז.	כתובת
--------	-------	------	-------