

INFORMOVANÝ SOUHLAS SE ZAHÁJENÍM REGRESNÍ TERAPIE PRO NEZLETILÉHO

I. Identifikace klienta (nezletilého):

Jméno a příjmení:

Datum narození:

II. Identifikace zákonného zástupce:

Jméno a příjmení:

Vztah k nezletilému:

III. Poskytovatel terapie:

Jméno terapeuta: Kateřina Mitášová

Instagram: [@and_elskevyklady](#)

Facebook: Andělské výklady

IV. Účel terapie

Regresní terapie je metoda osobního a duchovního rozvoje, která využívá vedenou relaxaci, vizualizaci a práci s vnitřními prožitky s cílem porozumět hlubším souvislostem psychických a emocionálních potíží. U nezletilého klienta je přístup vždy přizpůsoben jeho věku a citlivosti.

Tato terapie **nenahrazuje odbornou psychologickou, psychiatrickou ani lékařskou péči.**

V. Průběh terapie

- Jedno terapeutické sezení trvá přibližně **2 až 3 hodiny**.
- U nezletilého klienta **se vždy pracuje nepřímou – přes médium**, které vstupuje do kontaktu s jeho energetickým polem a vnímá informace potřebné k terapeutickému vedení.
- **Dítě nemusí být fyzicky přítomno během samotné terapie.** Proces probíhá na energetické úrovni.

- **Je možné, že dítě může během nebo po terapii dočasně vnímat emoční změny či prožitky**, které jsou přirozenou součástí uvolňování zpracovávaných témat.
 - Terapie probíhá v klidném a bezpečném prostředí, s důrazem na emoční komfort dítěte.
 - Po skončení sezení může být zákonnému zástupci předán slovní nebo písemný výstup.
 - Přítomnost zákonného zástupce během terapie je možná po předchozí domluvě.
-

VI. Možná rizika a omezení

- Terapie může otevřít citlivá témata, která mohou dočasně vyvolat emoční nepohodu.
 - Není vhodná pro děti s vážnějšími psychickými potížemi bez souhlasu odborného lékaře.
 - Výsledky terapie jsou individuální a nejsou zaručené.
-

VII. Souhlas zákonného zástupce

Prohlašuji, že jsem byl/a terapeutem informován/a o charakteru regresní terapie, jejím průběhu, účelu a možných rizicích. Vše mi bylo vysvětleno srozumitelným způsobem a měl/a jsem možnost položit doplňující otázky.

Souhlasím, aby se mé dítě této terapii účastnilo dobrovolně a za mnou uděleného souhlasu. Tento souhlas mohu kdykoli odvolat.

VIII. Podpisy

V dne

Podpis zákonného zástupce:

.....

Podpis terapeuta:

.....

Kateřina Mitášová