

## I. CZAS ROZPOCZĘCIA I ZAKOŃCZENIA ZAJĘĆ

1. Konsultacja diagnostyczna lub sesja terapeutyczna odbywa się o umówionym terminie i godzinie. Za dzieci oczekujące na zajęcia lub przebywające po zajęciach odpowiada rodzic lub opiekun.
2. Spóźnienie się terapeuty skutkuje wydłużeniem spotkania o czas odpowiadający spóźnieniu.
3. Spóźnienie się pacjenta skutkuje skróceniem terapii o czas odpowiadający spóźnieniu bez zmiany należnej ceny. W przypadku spóźnienia się na zajęcia przez pacjenta, terapeuta może zdecydować o wydłużeniu zajęć o czas spóźnienia, jednak wyłącznie w sytuacji, gdy terapeuta został wcześniej poinformowany o spóźnieniu przez pacjenta, a także w miarę możliwości posiadania odpowiednio długiej przerwy przed rozpoczęciem kolejnych umówionych zajęć.
4. Rodzic lub opiekun zobowiązuje się odebrać dziecko niezwłocznie po zakończeniu zajęć terapeutycznych.

## II. OPŁATY I ODWOŁYWANIE ZAJĘĆ

1. Opłaty za usługi terapeutyczne uiszczane są według obowiązującego cennika, dostępnego na stronie [www.terapiakoala.pl](http://www.terapiakoala.pl).
2. Opłaty za diagnozy, konsultacje lub terapie można dokonać każdorazowo po zajęciach w recepcji. Ponadto dostępny jest wybór miesięcznego pakietu 4 zajęć w miesiącu z integracji sensorycznej (płatne z góry na 1 spotkaniu). W przypadku chęci uzyskania faktury za przeprowadzone zajęcia, prosimy o zgłoszenie takiej chęci na pierwszym spotkaniu. Faktura za dany miesiąc zajęć, którego dotyczy, wystawiona będzie po jego zakończeniu, do 10 dnia następnego miesiąca.
3. W przypadku chęci odwołania umówionych zajęć należy o tym poinformować terapeutę prowadzącego zajęcia lub recepcję telefonicznie lub SMSowo najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień wizyty do godz 20:00. W przypadku niezgłoszenia nieobecności w określonym powyżej terminie lub braku przybycia na zajęcia, podlegają one opłacie w wysokości 100% kwoty odpowiadającej tym zajęciom zgodnie z cennikiem terapii, zaś w przypadku zajęć opłaconych z góry (pakiet zajęć integracji sensorycznej) opłata za nieodbyte i nieodwołane w określonym terminie zajęcia nie podlega zwrotowi. Zajęcia mogą zostać przeniesione na inny termin za zgodą prowadzącego jedynie w przypadku istnienia wolnego terminu w obrębie danego tygodnia.

4. W przypadku odwołania zajęć przez terapeutę zajęcia mogą zostać przeniesione na inny termin ustalony wraz z klientem, lub w ramach zajęć opłaconych z góry (pakiet) opłata zostanie zaliczona na poczet kolejnych zajęć. Zajęcia przeniesione mogą odbyć się za zgodą klienta z innym terapeutą, niż zajęcia planowane pierwotnie, w ramach dostępnych terminów poszczególnych terapeutów.

5. W sytuacji, gdy pacjent dwukrotnie kolejno nie odwoła zajęć w określonym powyżej terminie zarezerwowany na jego potrzeby termin zajęć zostaje anulowany (za wyjątkiem sytuacji w postaci siły wyższej, np. dłuższego zachorowania, o którym rodzic lub opiekun poinformował terapeutę).

### III. DODATKOWE INFORMACJE

1. W zajęciach mogą brać udział jedynie zdrowe dzieci (bez oznak choroby). Terapeuta ma prawo odmówić przyjęcia dziecka na terapię jeśli zaobserwuje objawy choroby u dziecka. Takie zajęcia podlegają opłacie na zasadach dotyczących zajęć nieodwołanych.

2. W celu zapewnienia skuteczności terapii wymagane jest systematyczne uczęszczanie na zajęcia, a także ćwiczenia z dzieckiem według zaleceń udzielonych przez terapeutę.

3. Terapeuta prowadzi zajęcia z zachowaniem zasad bezpieczeństwa, zgodnie z zasadami sztuki zawodowej i powszechnie uznanych metod terapeutycznych. Podczas zajęć z zakresu logopedii lub fizjoterapii, w ramach potrzeb terapeutycznych mogą być wykonywane manipulacje wewnętrzne i zewnętrzne w obrębie twarzoczaszki oraz innych części ciała o czym zawsze uprzednio poinformowany będzie rodzic lub opiekun.

4. Pacjent, albo rodzic lub opiekun dziecka zobowiązany jest do przekazania terapeutce wszelkich prawdziwych posiadanych informacji na temat stanu zdrowia dziecka celem zapewnienia mu należytego bezpieczeństwa podczas prowadzonych zajęć terapeutycznych.

5. W gabinetach terapeutycznych dzieci mogą przebywać tylko w obecności terapeuty.

Data i podpis

.....