

**T.C.**  
**İzmir Bakırçay Üniversitesi**  
**Sağlık Bilimleri Fakültesi**  
**Dil ve Konuşma Terapisi Bölümü**

**DİL ve KONUŞMA TERAPİSİ BİLGİLENDİRME ve ONAM FORMU**

Sayın Danışanımız,

- DKT405 Klinik Uygulama I ve DKT406 Klinik Uygulama II kapsamında sunduğumuz dil ve konuşma terapisi hizmetinden yararlanmak üzere kurumumuza başvurmuş bulunuyorsunuz. Bu belge alacağınız danışmanlık, değerlendirme ve terapi hizmeti hakkında sizi bilgilendirme ve açıklanmış onam haklarınızdan yararlanmanız amacıyla hazırlanmıştır.
- Sizinle ve/veya yakınınızla bir danışmanlık, değerlendirme ve/veya terapi sürecine girmek üzereyiz. Bu nedenle size danışmanlık, değerlendirme ve terapi süreçleri ile ilgili bilgi vermek ve birlikte uymamız gereken ilkeler, sorumluluklar, haklar ve kurallardan söz etmek istiyoruz;
- Sunduğumuz danışmanlık, değerlendirme ve terapi hizmetleri, bize yönlendirme yapan polikliniğin sorumlu hekimin bilgisi ve onayı dahilinde verilmektedir.
- Sunduğumuz danışmanlık, değerlendirme ve terapi hizmetleri İzmir Bakırçay Üniversitesi Dil ve Konuşma Terapisi Bölümü 4. sınıf öğrencileri tarafından, DKT405 Klinik Uygulama I ve DKT406 Klinik Uygulama II dersleri kapsamında, ilgili bölümün öğretim elemanları ve/veya lisansüstü öğrencilerinin süpervizyonu altında verilmektedir.
- Sunduğumuz danışmanlık, değerlendirme ve terapi hizmetleri, bu anabilim dalı öğretim elemanları, yüksek lisans ve doktora programlarına kayıtlı öğrenciler, stajyer terapistler ve DKT 301 Dil ve Konuşma Terapisinde Gözlem ve DKT314 Dil ve Konuşma Terapisinde Denetimli Değerlendirme ve Terapi derslerini alan öğrenciler tarafından gözlemlenebilir.
- Terapiler İzmir Bakırçay Üniversitesinin her sene başında açıkladığı akademik takvimde yer alan Güz ve Bahar dönemleri içerisinde verilir. Akademik takvimde belirtilen arasınav ve final tarihlerinde, arasınav sonrası tatilinde, resmi bayramlarda hizmet verilmez. Bu zaman dilimlerine denk gelen seansların telafisi yapılmaz.
- Terapinin başarısı doğru müdahalelerin yapılmasına ve terapistiniz ile uyumlu çalışmanıza bağlıdır.
- Terapistinize; yaklaşımı, eğitimi ve deneyimi konusunda bilgi sorabilirsiniz.
- Terapi oturum ve/veya oturumlarına, gerekli görüldüğü durumlarda ve terapiyi engelleyici bir durum yoksa sizin ya da vakanın yanında sadece 1 yetişkin katılabilir. Terapide yapılan çalışmalar, evdeki çalışmalara örnek olması amacıyla eşlik eden yetişkin ile paylaşılır.
- Terapistiniz, bazı çalışmalarda destek almak için sizi terapiye yönlendiren uzman/doktor/öğretmen ile de iletişim kurmak isteyebilir. Gerekli gördüğünüzde siz de bu yönde bir talepte bulunabilirsiniz.
- Terapistiniz, kimliğinizi saklı tutarak, verilerinizi DKT 405 Klinik Uygulama I ve DKT406 Klinik Uygulama II derslerinden sorumlu öğretim üyeleri ile danışmak ve terapilerinizi planlamak amacıyla paylaşabilir. Aynı amaçlarla seansların ses ve video kayıtları yapılabilir. Bu kayıtlar **sizin izniniz olmadan asla** yapılamaz ve üçüncü şahıslarla paylaşılamaz.
- Terapistiniz gerekli gördüğü durumlarda sizin veya çocuğunuzun başka bir uzman tarafından değerlendirilmenizi önerebilir.

- Bir terapi seansı **45 dakika ile sınırlıdır**.
- Programda yer alan terapi gün ve saati Bölüm Staj Komisyonu kararı olmadan değiştirilemez.
- Terapistiniz seansa geç kalırsa, terapi sürenizi uzatarak 45 dakikayı tamamlar.
- Seansa siz geç gelerseniz, terapistiniz süreye ekleme yapmaz ve terapiyi normal zamanında bitirir.
- Seansa haber vermeksizin gelmediğinizde o seansın telafisi yapılmaz.
- Seansınız terapistinizin mazereti sebebiyle iptal edildiyse, telafi seansı düzenlenir. Telafi seansının gün ve saatini terapistiniz ile belirleyebilirsiniz.
- İlk kez terapi seanslarına gelmeye başladıysanız **ilk üç ay deneme** süreci olarak değerlendirilir. Bu süre sonunda vakanın terapilerden fayda görmediğine karar verilirse terapistiniz tekrar değerlendirme yaparak **terapilere ara verme** ya da **sonlandırma** kararı verebilir.
- 1 dönem içinde terapilere mazeretli ve/veya mazeretsiz toplam 3 seans devam etmeyen vakanın terapisi Bölüm Staj Komisyonu kararı ile sonlandırılır.
- Bir danışan en fazla **2 eğitim-öğretim dönemi (Güz-Bahar)** boyunca hizmet alabilir.
- Aldığınız hizmetlerle ilgili türlü öneri ve şikayetlerinizi Bölüm Staj Komisyonu üyesi Öğr. Gör. Elif Meryem Ünsal'a, [elifmeryem.unsal@bakircay.edu.tr](mailto:elifmeryem.unsal@bakircay.edu.tr) adresi aracılığıyla iletebilirsiniz.

#### A) ONAM (RIZA)

- Terapistim dil ve konuşma sorunum ile ilgili bilgi verdi, sorularımı yanıtladı, terapistinin risklerini, terapiye özel olabilecek riskleri ve olası sonuçlarını anlamış bulunmaktayım.
- Durumum, terapi, riskleri ve tedavi seçenekleri hakkında terapistime sorular sordum. Sorularım, endişelerim ve meraklarım tartışıldı ve tatmin olacağım şekilde cevaplandı.
- Terapi esnasında fotoğraf veya video kaydı yapılabileceğini anladım. Bunlar kimliğime ilişkin bir bilgi verilmeden eğitim, öğretim ve araştırma amaçlarıyla kullanılabilir (Kullanılacak olan fotoğraf ve videolarda kimliğim gizli tutulacaktır).
- Yukarıdaki bilgileri dikkatle okudum. Belirtilen ifadeler çerçevesindeki tüm şartları kabul ediyorum ve terapi sürecinin başlatılmasını talep ediyorum.

#### VAKANIN;

Adı Soyadı:

**İmza:**

Tarih :

#### POLİKLİNİKTEN SORUMLU HEKİM;

Adı Soyadı:

**İmza:**

Tarih :

#### VAKA REŞİT DEĞİL İSE VE YANINDA YASAL TEMSİLCİSİ VAR İSE;

**Yasal Temsilci\*(Vasi) veya Veli**

Yakınlık derecesi:

Adı Soyadı:

**İmza:**

Tarih :

#### SÜPERVİZÖR ÖĞRETİM ELEMANI

Adı Soyadı:

**İmza:**

Tarih :