

## הסכמה לביצוע היפנוט למטרת אבחון או/ו טיפול פסיכולוגי

אני החתומה/מטה \_\_\_\_\_ מאשר/ת בזאת שהפסיכולוג/ית המומחה/ית  
\_\_\_\_\_, בעלת רשיון לעסוק בפסיכולוגיה מס' \_\_\_\_\_,  
בעלת רשיון לעסוק בהיפנוזה מס' \_\_\_\_\_ הסביר/ה לי את מהות  
התהליך ההיפנוטי והשלכותיו האפשריות.

הנני נותנת/ת בזאת את הסכמתי לעבור תהליך של היפנוט למטרה של אבחון או/ו טיפול  
פסיכולוגי.

שם \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

חתימה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_