



Psychotherapeutische Praxis
Daniel und Christine Seyfried
Waldteufelweg 8b
22145 Hamburg
Tel:040/18010128

Therapievereinbarung

Zwischen _____,
(Patient*in)

_____,
(Sorgeberechtigte*r)

_____,
(Sorgeberechtigte*r)

und _____
(Therapeut*in)

wird eine Therapievereinbarung, zur Durchführung einer psychotherapeutischen Behandlung mit der Fachrichtung Verhaltenstherapie, geschlossen.

In dem Fall, dass das Sorgerecht einer Person allein zugesprochen wurde:

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass mir das alleinige Sorgerecht zugesprochen wurde.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Sorgeberechtigte*r

1. Datenschutz und Schweigepflicht

Die Behandlung umfasst die psychotherapeutische Sprechstunde, die Probatorik sowie die Psychotherapie. Über die Inhalte der gesamten Behandlung besteht die ärztliche Schweigepflicht. Sie gilt für jede Person, die beruflich mit Informationen über Patient*innen befasst ist. Damit der/die behandelnde*r Therapeut*in auch dem nicht einwilligungsfähigen Kind/Jugendlichen gegenüber die Schweigepflicht einhalten kann, verzichten die Sorgeberechtigten auf ihr Informationsrecht für solche Mitteilungen, die den Therapiezweck vereiteln und/oder den Therapieerfolg in Frage stellen oder erschweren können. Für die Weitergabe von Informationen an Außenstehende ist die schriftliche Einwilligung des/der Patient*in und ggfls. der Sorgeberechtigten notwendig.

2. Erklärung zum Nachrichtenaustausch

Die Kontaktaufnahme durch unsere Praxis erfolgt, ohne Ihre Einwilligung, ausschließlich per Post oder Telefon. Zusätzlich bieten wir die Möglichkeit, zwecks kurzfristiger Terminabsprachen auch über Email zu kommunizieren. Hierzu benötigen wir Ihre Zustimmung. Bitte bedenken Sie dabei, dass auch bei Einsatz verschiedener Verschlüsselungstechniken der Nachrichtenaustausch über Email nicht als vollkommen sicher angesehen werden kann. Es besteht immer die Gefahr, dass sich Dritte Zugang zu diesen Wegen verschaffen. Diesem Risiko müssen Sie sich bewusst sein.

- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Nachrichten zwecks Terminabsprache, Terminabsage oder kurzfristigen Problemfällen über Email stattfinden.

3. Erhebung von Daten

Der/die Patient*in und die Sorgeberechtigten willigen ein, dass der/die behandelnd*e Therapeut*in Informationen über den/die Patient*in erhebt (z.B. durch Fragebogen und Tests, schriftliche Gesprächsaufzeichnungen, Tonband- oder Videoaufzeichnungen, Beobachtungsprotokolle, Klinik-, Arzt- oder Therapieberichte und andere Informationsträger, die zur Informationserhebung evtl. notwendig sein könnten), diese auswertet und niederlegt zum Zweck der Planung, Beantragung, Durchführung, Dokumentation und der Einschätzung des Erfolgs der Behandlung. Diese Informationen werden in Papierform und in elektronischer Form in einer Patientenakte abgelegt und gespeichert. Sie werden u.a. in Form von Therapieberichten zum Zwecke der Therapiedokumentation verarbeitet, müssen entsprechend gesetzlicher Vorschriften zehn Jahre archiviert werden und sind von Dritten nicht einsehbar.

4. Risiken und Nebenwirkungen

Auch bei einer Psychotherapie gibt es Risiken und Nebenwirkungen wie z.B. eine kurzfristige Symptomverschlechterung durch genauere Beobachtung der Probleme oder ein vergrößertes Gefühlsspektrum. Der/die Patient*in und ggfls. die Sorgeberechtigten haben sich zur Durchführung einer Verhaltenstherapie entschlossen und sind sich darüber im Klaren, dass diese aufgrund ihres übungs- und trainingsbezogenen Ansatzes unter Umständen sehr anstrengend sein kann. Für das Gelingen der Verhaltenstherapie muss die aktive Mitarbeit des/der Patient*in sowie der Sorgeberechtigten vorausgesetzt werden. Des Weiteren ist ihm/ihr bewusst, dass eine Verhaltenstherapie auch eine schwere, evt. konfliktbehaftete Therapiephase durchlaufen kann, die durchzuhalten er/sie sich bemühen wird.

5. Erklärung zur Berichtspflicht:

Die/der behandelnde Therapeut*in soll mit der Berichtspflicht bezüglich der Berichte an den/die behandelnde Hausarzt/ärzt*in/ Kinderarzt/ärzt*in wie folgt umgehen:

- Es sollen keine regelmäßigen Berichte an den/die Hausarzt/ärzti*in versandt werden. Ein Bericht soll nur erstellt und weitergeleitet werden, wenn ich dies bei meinem Psychotherapeuten in Auftrag gebe.
- Ich bin mit der regelmäßigen Übersendung von Berichten an den/die Hausarzt/ärzti*in einverstanden.

- Ich bin mit der regelmäßigen Übersendung von Berichten an folgende Ärzte/Ärzt*innen einverstanden:

6. Erklärung zur Kostenübernahme

Gesetzliche Krankenversicherung

- Der/die Patient*in und die Sorgeberechtigten erklären hiermit, dass der/die Patient*in in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist und dass die Psychotherapiekosten zu Lasten seiner/ihrer Krankenkasse abgerechnet werden sollen. Der/die Patient*in und die Sorgeberechtigten verpflichten sich, einen Wechsel der Krankenkasse dem/der Psychotherapeut*in unverzüglich mitzuteilen.

Bei gesetzlich krankversicherten Patient*innen werden die Kosten für die psychotherapeutische Sprechstunde und für die Probatorik antragsfrei übernommen. Die Kostenübernahme für die Psychotherapie selbst muss entsprechend gesetzlicher Vorschriften beantragt werden. Demnach erfolgt der Beginn oder auch die Fortsetzung der Psychotherapie grundsätzlich erst nach Antragsbewilligung durch die Krankenkasse.

Private Krankenversicherung/Beihilfe

- Der/die Patient*in und ggfls. die Sorgeberechtigten erklären, dass der/die Patient*in privat versichert ist. Sowohl das Antragsverfahren, als auch der Versicherungsumfang variieren je nach Privatversicherung bzw. den von Ihnen abgeschlossenen Verträgen. Der/die Patient*in, und ggfls. die Sorgeberechtigten verpflichtet sich daher, unverzüglich die für sie geltenden Bedingungen in Erfahrung zu bringen und die erforderlichen Unterlagen zum zweiten Termin hier in die Praxis mitzubringen. Der/die Patient*in und ggfl. die Sorgeberechtigten verpflichten sich darüber hinaus, die Kosten der Behandlung selbst zu übernehmen, wenn die Behandlung schon vor der Leistungszusage der Krankenkasse begonnen hat, und die Krankenkasse diese Kosten nicht übernimmt.

Selbstzahler

- Der/die Patient*in und die Sorgeberechtigten erklären, dass er/sie Selbstzahler ist/sind.

Die Honorierung psychotherapeutischer Behandlung bei Selbstzahlern oder Privatversicherten erfolgt nach der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP) mit dem 2,3fachen Steigerungssatz, gegenwärtig 100,56 Euro, es sei denn, es wird eine andere Honorarvereinbarung getroffen.

7. Ausfallhonorar

Unsere psychotherapeutische Praxis ist eine Bestellpraxis, die mit längeren Terminvorläufen arbeitet. Psychotherapie wird über einen längeren Behandlungszeitraum mit festgelegter Behandlungsdauer durchgeführt. Die Behandlung erfolgt aus therapeutischen Gründen in regelmäßigen Abständen, in der Regel eine Sitzung pro Woche. Die mit der/m Patient*in vereinbarten Termine sind verbindlich und ausschließlich für diese/n reserviert. Nicht wahrgenommene Termine können meist nicht durch die Behandlung anderer Patient*innen ersetzt werden. Erscheint daher ein*e Patient*in nicht zum vereinbarten Termin, entsteht ein Honorarausfall. Dem/der Patient*in und den Sorgeberechtigten ist bewusst, dass vereinbarte Termine einzuhalten sind. Sollte der/die Patient*in Termine ausnahmsweise nicht einhalten können, sind diese rechtzeitig abzusagen, d.h. spätestens 24 Stunden vorher. Wenn der/die Patient*in oder die Sorgeberechtigten den vereinbarten Termin nicht rechtzeitig absagen, verpflichten sie sich, den entstandenen Honorarausfall auszugleichen. Dies gilt unabhängig von dem Grund der Verhinderung sei es Vergessen, Verkehrsbehinderung, witterungsbedingte Hindernisse, Erkrankungen oder anderes.

Das Ausfallhonorar beträgt derzeit 56,- € und wird Ihnen privat in Rechnung gestellt.

8. Beendigung der Therapie

Wenn Termine mehrfach durch den/die Patient*in abgesagt werden, muss der/die behandelnd*e Therapeut*in davon ausgehen, dass eine kontinuierliche Behandlung nicht möglich ist. Dies stellt den Therapieerfolg in Frage. In diesem Fall kann es zu einer vorzeitigen Therapiebeendigung führen.

Jede*r Patient*in und ggfls. deren Sorgeberechtigten können die Behandlung jederzeit fristlos und formlos beenden. Es entstehen dadurch keine Kosten und keine Nachteile. Wenn die Behandlung beendet wird, ist es wünschenswert, dem/der behandelnden Therapeut*in die Gründe hierfür mitzuteilen. Der/die behandelnde*r Therapeut*in beendet die Behandlung vorzeitig, wenn die Voraussetzungen für das Gelingen der Behandlung nicht mehr gegeben sind. Die Gründe werden mit den Sorgeberechtigten besprochen (z.B. fehlende Umstellungsfähigkeit, Lebensumstände, die einem Gelingen der Therapie im Wege stehen, mangelnde Zuverlässigkeit oder Verweigerung der erforderlichen Mitarbeit).

9. Weiterleitung von therapielevanten Informationen

Änderungen des Gesundheitszustandes, Arztbesuche, Einnahme von Medikamenten, insbesondere Psychopharmaka und Veränderungen in der Medikation sollen möglichst zeitnah mitgeteilt werden.

Der Therapievertrag wurde mir in schriftlicher Form zur Durchsicht ausgehändigt. Etwaige Fragen hierzu wurden mir ausreichend erläutert.

Hiermit wird erklärt, dass die Weitergabe der Informationen über die Rahmenbedingungen der beabsichtigten Therapie erfolgt ist, der/die Patient*in und ggfls. die Sorgeberechtigten mit den Regelungen einverstanden ist/sind und der Beginn der Therapie gewünscht wird.

Ort, Datum

Unterschrift Patient*in

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte*r

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte*r

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel Psychotherapeut*in