

Therapievereinbarungen

Zwischen

der/dem Patient/in _____,

wohnhaft _____

geb. am _____ in _____

bzw. deren/dessen Sorgeberechtigten _____,

wohnhaft _____

geb. am _____ in _____

- nachfolgend Patient genannt -

Und _____,

wohnhaft _____

- nachfolgend Psychotherapeutin genannt -

1. Eine Sitzung dauert 50 Minuten und findet an zuvor vereinbarten Wochentagen und festgelegten Uhrzeiten statt.
2. Ich werde die/der Patient/in sowie deren Bezugspersonen ausführlich über die Bedingungen und möglichen Risiken und Nebenwirkungen einer ambulanten Psychotherapie (Verhaltenstherapie) aufklären und informieren. Als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin unterliege ich der Schweigepflicht gegenüber jeder anderen Person oder Institution, auch gegenüber Ärzt*innen. Für den Fall, dass eine Rücksprache mit einem anderen Arzt oder Ärztin oder einer Klinik notwendig werden sollte, halte ich zuvor Rücksprache mit den Patienten und Bezugspersonen über die Informationen, die ausgetauscht werden sollen und benötige dafür auch die punktuelle Schweigepflichtsentbindung.

Automatisch quartalsweise sende ich – mit ihrem Einverständnis – **keine** Informationen über den Verlauf der Behandlung an die Kinder- oder Hausärzt*in.

- ☐ Ich bin damit einverstanden
- ☐ Ich bin damit **nicht** einverstanden

3. Änderung der Kontaktdaten, des Gesundheitszustandes, wichtige Arztbesuche, die Einnahme von Medikamenten (insbesondere Psychopharmaka) sowie etwaige Veränderungen der Medikation werden zeitnah mitgeteilt.

4. Ausfallhonorar:

Die Praxis funktioniert nach dem Bestellsystem, d.h. es wird immer eine Therapiestunde vorab je Patient*in reserviert. Die Krankenkasse bezahlt nur durchgeführte Therapiestunden. Kurzfristig abgesagte Termine können in der Regel nicht neu vergeben werden. Daher sind verbindliche Terminvereinbarungen notwendig.

Die Psychotherapeutin und die/der oben genannte Patient/in sowie deren Sorgeberechtigte vereinbaren für die therapeutischen Sitzungen einvernehmlich und verbindlich Termine. Die/der Patient/in verpflichtet sich, die Termine pünktlich wahrzunehmen; die Therapeutin verpflichtet sich, die vereinbarten Termine für die Behandlung freizuhalten. Für den Fall, dass reservierte Termine nicht wahrgenommen werden, ist die/der Patient/in bzw. deren/dessen Sorgeberechtigte nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch (§ 615 BGB, sog. Annahmeverzug) verpflichtet, der Therapeutin die hierdurch entfallende Vergütung zu ersetzen, da die Kosten in diesem Fall nicht von der Krankenkasse über übernommen werden.

Daher treffen die Vertragsparteien folgende Regelung: Versäumt die/der Patient/in eine vereinbarte Sitzung, ohne spätestens 24 Werktagsstunden zuvor abzusagen (per E-Mail oder Telefon), so wird die Therapiestunde der Patientin bzw. dem Patienten in Höhe von 80 Euro privat in Rechnung gestellt, es sei denn ihr/sein Nichterscheinen ist unverschuldet.

Die Psychotherapeutin und die/der Patient/in sowie deren/dessen Sorgeberechtigte haben diese Regelung nach ausführlicher Besprechung getroffen und erklären hiermit ihr Einverständnis.

5. Honorarvereinbarungen:

☐ **Gesetzlich versichert:**

Krankenversicherung: _____

Die Abrechnung erfolgt über die Kassenärztliche Vereinigung. Die Psychotherapeutischen Sprechstunden sowie die Probatorik werden ohne vorherige Beantragung von den Krankenkassen bezahlt. Soll anschließend eine Behandlung stattfinden, beantragen wir gemeinsam die Kostenübernahme bei der Krankenkasse. Hierfür wird ein Konsiliarbericht der/des zuständigen Kinderärzt*in benötigt, der bescheinigt, dass für die genannte Symptomatik kein somatischer Grund vorliegt.

☐ **Privat versichert:**

Name priv. Krankenversicherung: _____

Die Psychotherapiekosten werden mir durch den Psychotherapeuten gemäß GOP* in Rechnung gestellt und durch mich bei der o.a. privaten Krankenversicherung abgerechnet.

☐ **Beihilfe versichert:**

Beihilfestelle: _____

Die Psychotherapiekosten werden mir durch den Psychotherapeuten gemäß GOP* in Rechnung gestellt und durch mich bei der o.a. Beihilfestelle abgerechnet.

☐ **Selbstzahler:**

Die Psychotherapiekosten werden mir durch den Psychotherapeuten gemäß GOP* in Rechnung gestellt.

Die/der Patient/in bzw. deren/dessen Sorgeberechtigte verpflichten sich, zum ersten Termin des neuen Quartals die Versicherungskarte vorzulegen und eine Änderung des Versicherungsstatus unverzüglich mitzuteilen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, mit den oben genannten Therapievereinbarungen einverstanden zu sein.

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte bzw.
Volljähriger Patient/in

Ort, Datum

Unterschrift Psychotherapeutin