

Vorbemerkung

Vor Beginn der Behandlung müssen wir den Rahmen der gemeinsamen Zusammenarbeit klären und vereinbaren sowie einige wichtige Daten erfassen.

Bitte lesen Sie sich alles gut durch und füllen alles aus.
Zur besseren Übersicht haben wir zur nachfolgenden Vereinbarung jedem Dokument auf welches verwiesen wird, eine Nummer gegeben.
So finden Sie sich schneller zurecht.



Therapie – und Honorarvereinbarung

Zwischen

Patient/in: _____

(Name, Vorname)

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

vertreten durch Sorgeberechtigte/r 1:

(Name, Vorname)

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

Mobiltelefon: _____

E-Mail _____

ggf. vertreten durch Sorgeberechtigte/r 2:

(Name, Vorname)

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

Mobiltelefon: _____

E-Mail _____

und

Dipl.- Pädagogin Frau Sena Ostermann,

Psychotherapeutische Praxis

für Kinder- und Jugendliche

Altfrankener Str. 2

01159 Dresden

**wird folgende Vereinbarung
für die Durchführung einer psychotherapeutischen Behandlung getroffen:**

1. Behandlungsumfang

- Die Therapie umfasst Psychotherapeutische Sprechstunden, Probatorische Sitzungen, Diagnostiktermine und reguläre Behandlungsstunden.
- Eine Therapiesitzung dauert in der Regel 50 Minuten in der Zeit von Montag bis Freitag zwischen 08:00 Uhr und 17:00 Uhr.
- Bei Bedarf können längere Sitzungen für spezielle Übungen vereinbart werden.

2. Einwilligung der Sorgeberechtigten

Bei minderjährigen Patienten ist die Einwilligung der Sorgeberechtigten erforderlich. Bei getrenntlebenden Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht müssen beide Elternteile einwilligen. Bitte füllen Sie die Einwilligung aus. **Nutzen Sie hierfür bitte das Dokument mit der Anlagenummer 1.**

3. Schweigepflicht

Der/Die Psychotherapeut/in unterliegt der gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber Dritten. Für eine umfassende Behandlung sind jedoch häufig Absprachen mit Ärzten, Schulen und Ämtern nötig. Daher bitte ich Sie hierfür um eine Schweigepflichtentbindung und Erlaubnis für solche erforderlichen Absprachen. **Nutzen Sie hierfür bitte das Dokument mit der Anlagenummer 2.**

4. Datenschutz

Für die Erhebung, Verarbeitung und Speicherung Ihrer Daten und der Ihres Kindes benötige Ich Ihre Einwilligung. **Nutzen Sie hierfür bitte das Dokument mit der Anlagenummer 3.**

5. Berichtspflicht Hausarzt

Nach § 73 Abs. 1b SGB V bin ich verpflichtet, nach dem Hausarzt Ihres Kindes zu fragen und die Ihr Kind betreffenden Behandlungsdaten und Befunde mit Ihrer Zustimmung zum Zwecke der bei dem Hausarzt durchzuführenden Dokumentation und der weiteren Behandlung zu übermitteln. Das umfasst auch, den Hausarzt oder behandelnden Facharzt regelmäßig über den Verlauf der psychotherapeutischen Behandlung zu informieren, es sei denn, dass Sie als Patient/in bzw. Sorgeberechtigte/r widersprechen. **Nutzen Sie hierfür bitte das Dokument mit der Anlagenummer 4.**

6. Kosten und Abrechnung

Die Therapiekosten werden in der Regel von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen. Bei Privatversicherten oder Selbstzahlern werden die anfallenden Kosten gemäß der Gebührenordnung für Psychotherapeut:innen (GOP) jeweils vor Beginn der Therapiesitzung in Rechnung gestellt und sind im Voraus zu bezahlen. Privatversicherte sind für die Kostenzusage und -übernahme der Krankenversicherung selbst verantwortlich.

7. Terminvereinbarungen

- Vereinbarte Termine sind verbindlich.
- Terminabsagen müssen rechtzeitig erfolgen. Eine Terminabsage innerhalb von **48 Stunden** vor der Therapiesitzung ist nicht mehr rechtzeitig, da ich innerhalb dieser Zeit für keine anderen Patient:innen sorgen und terminlich binden kann.
- Bei nicht rechtzeitiger Terminabsage oder verpassten Terminen fällt eine Ausfallentschädigung wie folgt an:
 - Bei gesetzlich Versicherten beträgt die Ausfallentschädigung 60 % des zum Ausfallzeitpunkt geltenden Kassensatzes für eine Therapiestunde. Der aktuelle Kassensatz für eine Therapiestunde beträgt derzeit 75 EUR.
 - Bei privat Versicherten beträgt die Ausfallentschädigung 60 % des nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) geltenden Honorars für eine Therapiesitzung. Der derzeit gültige Tarif (50 Minuten) für eine Therapiesitzung beträgt nach Nr. 862 GOÄ (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Einzelbehandlung) 95 EUR.
- In Fällen nachweislich unverschuldeter Verhinderung entfällt die Ausfallentschädigung.

8. Mitwirkungspflicht

Der therapeutische Erfolg hängt wesentlich von der aktiven Mitarbeit des Patienten/der Patientin und ggf. der Sorgeberechtigten ab.

9. Beendigung der Therapie

Das Vertragsverhältnis kann von beiden Seiten unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von 4 Wochen zum 15. oder zum Ende des Kalendermonats gekündigt werden. Die Kündigung bedarf der Schriftform.

Eine Kündigung gem. § 630 b i. V. m. § 627 BGB bleibt unberührt.

Die Therapie kann nicht fortgesetzt werden und berechtigen den/die Psychotherapeut/in zur Kündigung des Vertrages, wenn die Einwilligung zur Behandlung (Anlage 1) oder die Schweigepflichtentbindungserklärung (Anlage 2) oder die Zustimmung zur Datenverarbeitung (Anlage 3) oder die Zustimmung zur Berichtspflicht (Anlage 4) widerrufen wird.

10. Wichtige Eckdaten

Krankenkasse & Ärzte

Name der Krankenkasse des Patienten/ der Patientin

Name & Adresse des Hausarztes / Facharztes

Sorgeberechtigte & Haushalt

Sind beide Sorgeberechtigte die leiblichen Eltern? ja / nein

Leben die Sorgeberechtigten mit dem Kind / Jugendlichen in einem Haushalt? ja / nein / Teilmodell

Wer lebt ggf. noch mit im Haushalt? Nennen Sie bitte Beziehung und Alter, z.B. Oma (73), Lebensgefährte Mutter (37) etc.

Weitere wichtige Informationen und / oder Kontaktpersonen mit Telefonnummer:

11. Schlussbestimmungen

Wesentlicher Bestandteil dieser Vereinbarung sind die folgenden Dokumente:

- Anlagennummer 1: Einwilligungserklärung,
- Anlagennummer 2: Schweigepflichtentbindungserklärung,
- Anlagennummer 3 Datenschutzerklärung,
- Anlagennummer 4: Berichtspflicht Hausarzt.

Sollte eine Bestimmung dieser Vereinbarung insgesamt oder teilweise unwirksam sein, so berührt das die Wirksamkeit der Bestimmungen im Übrigen nicht. An die Stelle der insgesamt oder teilweise unwirksamen Bestimmung tritt dann eine Regelung, die dem Willen der beider Vertragsseiten am nächsten kommt.

Nebenabreden bestehen keine. Änderungen zu dieser Vereinbarung bedürfen der Schriftform, wie auch die Abänderung dieser Schriftformklausel.

Dresden,



Unterschrift Sena Ostermann

Unterschrift Sorgeberechtigte/r 1

ggf. Unterschrift Sorgeberechtigte/r 2