

Therapievertrag

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

damit Ihre Behandlung erfolgreich und reibungslos verlaufen kann, möchte ich Ihnen ein paar Informationen zum **Ablauf einer Psychotherapie** in dieser Praxis geben: Ich arbeite in meiner Praxis nach dem psychotherapeutischen anerkannten Verfahren der Verhaltenstherapie. Aufgrund der Zulassung dieser Praxis durch die Kassenärztliche Vereinigung sind wir zur Abrechnung von Therapieleistungen mit den Krankenkassen berechtigt.

In den ersten drei Therapiestunden (Psychotherapeutische Sprechstunde) sowie in den probatorischen Sitzungen mache ich mir ein Bild von Ihrer Problematik. Zusätzlich werde ich Sie auch bitten Fragebögen auszufüllen. Die Ergebnisse der Diagnostik werde ich mit Ihnen gemeinsam besprechen und einen Therapieplan entwickeln. Erst dann entscheiden Sie, ob Sie die Therapie bei mir durchführen wollen und ob wir gemeinsam die Kostenübernahme bei Ihrer Krankenkasse beantragen wollen. Die Kassen übernehmen genehmigte Therapiestunden nur, wenn Ihre Versichertenkarte in der Praxis für das entsprechende Quartal eingelezen wurde. Deshalb bitte ich Sie zu Beginn eines Quartals daran zu denken, Ihre Versichertenkarte mitzubringen.

Die Häufigkeit der Therapie beträgt ca. einmal wöchentlich, wobei zum Ende der Therapie größere Zeitabstände vereinbart werden. In Krisensituationen oder auch bei Einsatz bestimmter therapeutischer Verfahren mit intensiven Übungen werden gelegentlich Termine in kürzeren zeitlichen Abständen bzw. mehrstündige Blocktermine vereinbart. Unabhängig davon, wie viele Sitzungen von Ihrer Krankenkasse auf der Grundlage der gemeinsamen Planung bewilligt wurden, können Sie die Therapie zu jeder Zeit beenden. Gründe dafür können sein, dass sich Ihre Zweifel trotz gemeinsamer Bemühungen nicht gelegt haben oder dass Sie schon vorzeitig mit dem Behandlungserfolg zufrieden sind. Sollten Termine wiederholt und ohne Absprache nicht wahrgenommen werden oder eine ausreichende Mitarbeit Ihrerseits nicht erkennbar sein, behalte ich mir vor, die Therapie zu beenden.

Auch bei einer Psychotherapie gibt es **Risiken und Nebenwirkungen** (wie z.B. eine kurzfristige Symptomverschlechterung durch genauere Beobachtung Ihrer Probleme oder ein vergrößertes Gefühlsspektrum).

Als psychologische Psychotherapeutin unterliege ich der **gesetzlichen Schweigepflicht**. Alle persönlichen Angaben von Ihnen werden absolut vertraulich behandelt. Ausnahmen stellen eine anonymisierte Falldarstellung in Supervisionsgruppen oder ein notwendiges Handeln bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung da. Zudem wird Ihr Name im Rahmen der vertragsärztlichen Abrechnung an die kassenärztliche Vereinigung übermittelt. Ich bitte auch Sie Mitpatienten zu schützen, indem Sie sich freiwillig zur Verschwiegenheit verpflichten, sollten Sie zum Beispiel eine bekannte Person in meiner Praxis treffen.

Datenaustausch innerhalb der Praxis ist vom Gesetzgeber nicht ohne Ihre Einwilligung erlaubt. Ich willige ein, dass zur optimalen Koordination, Planung, Organisation, Sicherstellung der Sprechzeiten und Behandlung, mein Name und zu den genannten Zwecken relevante Informationen unter der Inhaberin und den Praxismitarbeitern der Praxis Pinnau Psychotherapie, Dipl.-Psych. Petra Stefanie Twiesselmann (Standort Elmshorner Straße 37, 25421 Pinneberg), ausgetauscht werden dürfen, sofern es der Behandlung dienlich ist. Diese Einwilligung umfasst auch den Informationsaustausch in einem datengeschützten Netzwerk unter der Praxisinhaberin Dipl.-Psych. Petra Stefanie Twiesselmann und den Praxismitarbeitern. Praxismitarbeiter sind

Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.

Wenn Sie einen **vereinbarten Termin** einmal **nicht wahrnehmen** können, **sagen** Sie diesen bitte möglichst rechtzeitig, **spätestens aber 24 Std. vorher** per Telefon/Anrufbeantworter **ab**. Dies ist erforderlich, damit ich verlässlich planen und frei werdende Termine rechtzeitig an andere Patienten vergeben können. Sollten Sie eine rechtzeitige Terminabsage versäumen, muss ich Ihnen leider ein Ausfallhonorar in Rechnung stellen. Nach ausführlicher Information und Aufklärung über die Bedingungen einer ambulanten Psychotherapie wird die Durchführung einer psychotherapeutischen Behandlung vereinbart. Ich habe die Information zur Kenntnis genommen und erkläre hiermit mein Einverständnis.

Ort, Datum

Unterschrift

Es folgen einige Einverständniserklärungen Ihrerseits zu meinem Ausfallhonorar, Kommunikation per E-Mail und Videoaufzeichnungen für therapeutische Zwecke.

Entschädigung bei Honorarausfall wegen versäumter Termine

Der Patient verpflichtet sich bei Verhinderung einen vereinbarten Behandlungstermin spätestens 24 Stunden vorher abzusagen (Telefon /Anrufbeantworter). Erfolgt die Terminabsage nicht rechtzeitig verpflichtet sich der Patient den entstandenen Honorarausfall von 80 € auszugleichen. Dieser Schaden wird von der Krankenversicherung nicht ersetzt und wird dem Versicherten in Rechnung gestellt (Schadensersatz wg. Annahmeverzug des Patienten).

Persönliche Erklärung des Patienten: Ich habe die Regelung der Praxis Pinnau Psychotherapie, Dipl.-Psych. Petra Stefanie Twiesselmann, zur Kenntnis genommen, dass eine Entschädigung von 80 Euro von mir zu zahlen ist, wenn ich einen Termin nicht spätestens 24 Stunden vor dem Termin absage. Ich verpflichte mich zur Einhaltung der Vereinbarung.

Ort, Datum

Unterschrift

Einverständniserklärung für Videoaufnahmen

Für einige Therapiemethoden wie zum Beispiel zur Behandlung bestimmter Ängste sind Videoaufnahmen sinnvoll. Videoaufnahmen können auch zur Reflexion und Optimierung der Behandlung sowie zur Fortbildung unter Kollegen dienen und eingesetzt werden.

Ich _____

Name und Anschrift des Patienten / der Patientin

bin mit Videoaufnahmen während meiner Therapiesitzungen im Rahmen meiner Psychotherapie bei Dipl.-Psych. Petra S. Twiesselmann, Psychologische Psychotherapeutin für Verhaltenstherapie, Pinnau Psychotherapie, Elmshorner Straße 37, 25421 Pinneberg einverstanden. Die Videoaufnahmen werden entweder gespeichert und in meiner Praxis aufbewahrt oder nach der Therapiestunde gelöscht.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in

Einverständniserklärung zur E-Mail-Korrespondenz

Der Versand personenbezogener Daten durch unverschlüsselte E-Mails ist aus datenschutzrechtlichen Gründen grundsätzlich untersagt, so dass entsprechende Korrespondenz ausschließlich durch Postversand erfolgen kann, wenn nicht eine ausschließliche schriftliche Einwilligung durch den Patienten erteilt wird. Mit dieser Einverständniserklärung stimmen Sie dem Versand von Daten via E-Mail durch mich und meine Mitarbeiter zu.

Ich

Name und Anschrift des Patienten/der Patientin

bin mit der Korrespondenz bzw. der Zusendung von personenbezogenen und Gesundheitsdaten per E-Mail an die nachstehend genannte E-Mail-Adresse durch Dipl.-Psych. Petra S. Twiesselmann, Psychologische Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie) Pinnau Psychotherapie, Elmshorner Straße 37, 25421 Pinneberg und ihre Praxismitarbeiter einverstanden.

Mir ist bekannt, dass die mir so zugesandten E-Mails personenbezogene Daten enthalten können.

Die Risiken, die mit dem Versand solcher E-Mails verbunden sind – insbesondere die unbefugte Kenntnisnahme und Verwertung durch Dritte – sind mir bewusst.

E-Mail-Adresse

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in

Patientenerklärung zur Übermittlung eines regelmäßigen Berichts über eine laufende Psychotherapie an den Hausarzt und ggf. an den überweisenden Facharzt

Patienteninformation:

Im Sozialgesetzbuch V ist u. a. eine Berichtspflicht für Psychotherapeuten an den Hausarzt/überweisenden Facharzt festgelegt. Der Bericht enthält regelmäßig Diagnose und Art der durchgeführten Therapie. Für einen solchen Bericht ist nach § 73 Abs. 1b SGB V Ihre schriftliche Bestätigung erforderlich. Sie kann von Ihnen jederzeit widerrufen werden.

Bestätigen Sie bitte mit Ihrer Unterschrift die von Ihnen gewünschte Regelung.

☐ Ich habe keinen Hausarzt

☐ Ich bin nicht damit einverstanden, dass meinem Hausarzt regelmäßig über die Psychotherapie berichtet wird. Sollten jedoch Informationen über die Psychothera-

pie für meinen Hausarzt wichtig sein, so wird sich mein Psychotherapeut mit ihm – nach Absprache mit mir – in Verbindung setzen.

☐ Ich bin damit einverstanden, dass mein Hausarzt regelmäßig einen Bericht erhält.

☐ Ich wünsche, dass auch die nachfolgenden Fachärzte eine Durchschrift des Berichtes an den Hausarzt erhalten:

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in