

Behandlungsvertrag Selbstzahler PP

zwischen

(Name und Anschrift des Patienten/der Patientin)

und

der Institutsambulanz des DGVT Ausbildungszentrums Erlangen-Nürnberg

vertreten durch die Institutsambulanzleitung

wird folgende **Vereinbarung** getroffen:

1. Ablauf der Psychotherapie

Es wird eine Psychotherapie einschließlich der dazu notwendigen Diagnostik durchgeführt. Die Dauer der Behandlung richtet sich nach den individuellen Voraussetzungen und in Absprache mit dem behandelnden Therapeuten/der behandelnden Therapeutin.

Die Sitzungstermine werden fest vereinbart und von dem/der Psychotherapeuten/in für den Patienten/die Patientin bereitgehalten.

Zu Beginn der Behandlung wird der Patient/die Patientin über die Psychotherapie informiert und über das Behandlungsverfahren aufgeklärt. Hierüber wird eine gesonderte Dokumentation angefertigt. Hiervon erhält der Patient/die Patientin eine Abschrift, sofern er/sie auf diese nicht verzichtet.

Im Rahmen der ersten Termine wird in den sog. Psychotherapeutischen Sprechstunden gemeinsam versucht, die Beschwerden, Probleme, deren mögliche Entstehungsgeschichte und die persönliche Lebenssituation des Patienten/ der Patientin zu erfassen, um eine Diagnose zu stellen und gemeinsam einen möglichen Behandlungsplan zu erarbeiten sowie zu überprüfen, ob eine vertrauensvolle Zusammenarbeit möglich ist. Die Psychotherapeutischen Sprechstunden dauern in der Regel 50 Minuten.

Daran anschließend werden die Therapiesitzungen durchgeführt, die ebenfalls in der Regel 50 Minuten dauern.

2. Honorarvereinbarung

Die Kosten der Psychotherapeutischen Sprechstunden berechnen sich nach dem EBM (Einheitlichem Bewertungsmaßstab). Sie betragen voraussichtlich nach aktuellem EBM-Satz 112,66 Euro, Änderungen vorbehalten.

Zusätzliche Kosten für weitere Diagnostik, Telefongespräche, Bescheinigungen, Befundberichte und andere Mehraufwendungen, die ebenfalls nach EBM abgerechnet werden, sind möglich. Der Patient/ die Patientin kann den EBM bzw. das Gebührenverzeichnis beim Psychotherapeuten /der Psychotherapeutin einsehen.

Kosten für Therapiestunden

Die Kosten für die Therapiesitzungen berechnen sich ebenfalls nach dem EBM. Sie betragen voraussichtlich 112,66 Euro je Einzelgespräch von 50 Minuten (vgl. Ziff. 35421/35425 EBM) und Gruppentherapiesitzung von 100 Minuten (vgl. (Ziff. 3554X/3555X) beträgt bis zu 111,58 Euro, Änderungen vorbehalten.

Zudem können zusätzliche Kosten für weitere Diagnostik, Telefongespräche, Bescheinigungen, Befundberichte und andere Mehraufwendungen entstehen, die auf der Grundlage des EBM abgerechnet werden.

Wirtschaftliche Aufklärung

Ich bin vor Beginn der Behandlung über die vorstehenden Kostenregelungen sowie über die voraussichtlichen Kosten aufgeklärt und darauf hingewiesen worden, dass eine Kostenübernahme durch Beihilfestellen bzw. meinem Krankenversicherer nicht gesichert ist. Eine Durchschrift dieses Vertrages habe ich erhalten.

Datum und Unterschrift des Patienten/ der Patientin

3. Ausfall-Honorarvereinbarung

Die Praxis des Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin arbeitet nach dem Bestellsystem, d.h. der Psychotherapeut/die Psychotherapeutin reserviert im Therapiezeitraum die erforderlichen Therapiestunden. Diese finden zu fest vereinbarten Zeiten statt. Ein ausgefallener und nicht rechtzeitig abgesagter Termin wird von dem Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin als Honorarausfall in Rechnung gestellt werden. Das Honorar wird direkt gegenüber dem Patienten/der Patientin in Rechnung gestellt und wird nicht von der Krankenkasse erstattet.

Sollte der Patient/die Patientin zu einem vereinbarten Termin verhindert sein, soll er/sie dies dem Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin so früh wie möglich mitteilen. Bei Absagen später als 48 Stunden vor dem Termin berechnet der Psychotherapeut/die Psychotherapeutin die Sitzung direkt gegenüber dem Patienten/der Patientin privat (Ausfallhonorar), da dieser Termin in der Regel so kurzfristig nicht neu besetzt werden kann. Soweit der Termin anderweitig besetzt werden kann, entfällt ein Ausfallhonorar.

Bei der Berechnung der Frist von 48 Stunden werden Samstage, Sonn- und Feiertage nicht mit eingerechnet. Ein Termin zum Beispiel am Montag um 15 Uhr muss also bis Donnerstag um 15 Uhr abgesagt werden, damit kein Ausfallhonorar anfällt.

Die Höhe des Ausfallhonorars richtet sich nach den Stundensätzen, die die Krankenkasse des Patienten/der Patientin zum Zeitpunkt des Ausfalls bezahlt. Der derzeitige Kassensatz beträgt je Therapiesitzung im Einzel (50 Minuten) 108,48 Euro bzw. bis zu 107,45 Euro für eine Therapiesitzung in der Gruppe (100 Minuten, pro teilnehmenden Patienten/teilnehmender Patientin)

Vereinbarung zum Ausfallhonorar

Ich bin damit einverstanden, dass der Psychotherapeut/die Psychotherapeutin mir privat (im Falle der gesetzlichen Vertretung dem Patienten/der Patientin) ein Ausfallhonorar gemäß oben genannten Sätzen berechnet, wenn ich einen fest vereinbarten Behandlungstermin nicht mindestens 48 Stunden vor dem Termin telefonisch absage und der Termin nicht mit einem anderen Patienten/ einer anderen Patientin besetzt werden konnte.

Bei der Berechnung der Frist werden Samstage, Sonn- und Feiertage nicht mit eingerechnet.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass meine Krankenkasse nicht für das Ausfallhonorar aufkommt.

Datum und Unterschrift des Patienten/der Patientin

4. Schweigepflicht

Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen unterliegen der gesetzlichen Schweigepflicht. Der Psychotherapeut/die Psychotherapeutin wird eventuelle Berichte an den Hausarzt/die Hausärztin (falls vorhanden) bzw. andere mitbehandelnde Ärzte und Ärztinnen nur nach vorheriger Absprache mit dem Patienten/der Patientin verfassen.

Die Vertragsparteien sind sich darüber einig, dass der Psychotherapeut/die Psychotherapeutin im Zusammenhang mit dieser Behandlung keine gerichtlichen Stellungnahmen und Gutachten abgeben wird.

Schweigepflichtentbindungserklärung

Ich bin darüber aufgeklärt, dass der Psychotherapeut/die Psychotherapeutin eventuelle Berichte an den Hausarzt/die Hausärztin (falls vorhanden) bzw. andere mitbehandelnde Ärzte und Ärztinnen nur nach vorheriger Absprache mit dem Patienten/der Patientin verfasst. Insoweit entbinde ich hiermit den Psychotherapeuten/die Psychotherapeutin von seiner/ihrer Schweigepflicht ausdrücklich.

Ich bin mir bewusst, dass meine Erklärung jederzeit widerruflich ist.

Datum und Unterschrift des Patienten/der Patientin

5. Dokumentation

Im Rahmen der Therapie werden vom Patienten/von der Patientin verschiedene Fragebögen/psychologische Testungen ausgefüllt. Die Daten dieser Fragebögen/psychologischen Testungen werden gespeichert. Sie dienen zur Stellung der Diagnose und zur Qualitätssicherung der Institutsambulanz. Entsprechend den gesetzlichen Vorgaben müssen alle Unterlagen (Konsiliarberichte, sonstige Berichte, Testergebnisse etc.) zehn Jahre archiviert werden.

Nach Ablauf dieser Frist werden diese Unterlagen vollständig vernichtet.

Ort/Datum

Patient/Patientin

6. Erfolgswahrscheinlichkeit

Die Erfolgswahrscheinlichkeit einer Behandlung (Besserung, Linderung, Heilung der Beschwerden) ist als sehr hoch einzustufen und u.a. abhängig von der Art der Symptome, der Beschwerdedauer (Chronifizierung) sowie der Regelmäßigkeit der Teilnahme, aktiven Mitarbeit und der therapeutischen Beziehung. Die durchschnittliche Effektstärke von Psychotherapien beträgt nach Überblicksstudien 0,88 (hohe Effektstärke).

(Quelle: <http://www.bptk.de>)

7. Mögliche Nebenwirkungen

Wo eine Wirkung auftritt, kann es auch Nebenwirkungen geben: Im Verlauf des therapeutischen Prozesses können Symptome erst einmal kurzzeitig verstärkt auftreten, die Befindlichkeit negativ beeinträchtigt sein oder das soziale Umfeld negativ reagieren. Dies zeigt, dass etwas in Bewegung kommt und eine Veränderung bevorsteht.

Auch kurzfristige negative Gefühle dem Therapeuten/der Therapeutin gegenüber kann es geben. Wir bitten dies unbedingt gegenüber dem Therapeuten/der Therapeutin anzusprechen.

8. Einwilligung in Videoaufnahme (Bild- und Tonaufnahmen)

Hiermit bestätige ich _____
(Name des/der Patient/in)

dass ich über die geplanten Ton- und Videoaufnahmen im Rahmen meiner psychotherapeutischen Behandlung bei

(Name Psychologische/r Psychotherapeut/in)

zum Zwecke der Supervision ausführlich informiert worden bin.

Ich erkläre hiermit meine Einwilligung in die Ton- und Videoaufnahmen meiner psychotherapeutischen Behandlung sowie in deren Nutzung nachfolgenden Maßgaben:

1. _____
(Name Psychologische/r Psychotherapeut/in)

räume ich hiermit die Erlaubnis ein, meine psychotherapeutische Behandlung aufzuzeichnen (Ton und Video). Diese Aufzeichnungen dürfen im Rahmen der Supervision einem Supervisor gezeigt werden.

2. Die Ton- und Videoaufnahmen werden sorgfältig aufbewahrt und werden nicht an Dritte, Krankenversicherungen oder andere Behandler weitergegeben. Ausgenommen hiervon ist die unter Nr. 1. bezeichnete Art der Nutzung (Supervisor).

3. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Die Ton- und Videoaufnahmen werden in diesem Fall umgehend gelöscht.

Zudem verlange ich die umgehende Löschung der Videoaufnahmen, wenn diese für die Supervision nicht mehr benötigt werden.

Ort/Datum

Unterschrift Patient/in

9. Einwilligung zur Benachrichtigung über Absagen von Therapiesitzungen per SMS oder Anrufbeantworternachricht

Hiermit willige ich _____
(Name des/der Patient/in)

ein, dass ich über Terminabsagen oder -änderungen einer Einzel- und Gruppentherapiesitzung bei

meinem/meiner behandelnden Therapeut/in _____
(Name Psychologisch/r Psychotherapeut/in)

per SMS oder Anrufbeantworter-Nachricht informiert werden darf.

Meine Einwilligung erstreckt sich ohne meinen ausdrücklichen Widerruf über den gesamten Behandlungszeitraum innerhalb der DGVT Aus- und Weiterbildungszentrum Erlangen-Nürnberg GmbH und endet mit Abschluss der Therapie.

Wichtiger Hinweis:

Die Beantwortung der SMS ist nicht gewünscht, da jegliche weitere Kommunikation ausschließlich im Rahmen der Therapiesitzung stattfinden muss. Weitere Absprachen können ausschließlich telefonisch oder vor Ort getroffen werden.

Ort/Datum

Unterschrift (Patient/in)

10. Einwilligung zur E-Mail-Kontaktaufnahme zu Zwecken von Testungen und Zustimmung zur Therapie

Hiermit willige ich _____
(Name des/der Patient/in)

unter der folgenden E-Mail-Adresse: _____

ein, dass der Erhalt meiner angegebenen E-Mail-Adresse ausschließlich nur zu Zwecken der Testungen im Rahmen meiner aktuellen Behandlung verwendet wird. Es erfolgt keine Nutzung für andere Zwecke.

und mit der **therapeutischen Behandlung in der DGVT Institutsambulanz Erlangen einverstanden bin.**

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in

Unterschrift Psychologische/r Psychotherapeut/in