Behandlungsvertrag

(gesetzlich versicherter minderjähriger Patient/

_____
_____gesetzlich versicherte minderjährige _____Patientin)

zwischen _____

_____
(Name des Patienten/der Patientin, Geburtsdatum und Anschrift)

vertreten durch _____
(Name und Anschrift des gesetzlichen Vertreters und /oder der gesetzlichen Vertreterin, Geburtsdatum)

und **der Institutsambulanz des DGVT Aus- und Weiterbildungszentrums Erlangen-Nürnberg GmbH**

vertreten durch die Institutsambulanzleitung

wird folgende **Vereinbarung** getroffen:

1. Beantragung und Ablauf der Psychotherapie

Es wird eine Psychotherapie einschließlich der dazu notwendigen Diagnostik bei dem minderjährigen Patienten/bei der minderjährigen Patientin durchgeführt. Hierzu zählen psychotherapeutische Sprechstunden, gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung, probatorische Sitzungen, Kurzzeit- und Langzeittherapie, Akutbehandlung, Rezidivprophylaxe (soweit absehbar) und psychotherapeutische Gespräche.

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

- Im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde(n) klärt der Psychotherapeut/die Psychotherapeutin ab, ob eine behandlungsbedürftige Erkrankung vorliegt. Dabei wird mit dem Patienten/der Patientin ein geeignetes Versorgungsangebot erörtert und ausgewählt und der Patient/die Patientin allgemein beraten und bei der Inanspruchnahme des konkreten Versorgungsangebots unterstützt.

  Der Patient/die Patientin und, soweit erforderlich, die Sorgeberechtigten erhalten ein allgemeines Informationsblatt zur Richtlinientherapie („Ambulante Psychotherapie für gesetzlich Krankenversicherte“, PTV10) sowie eine schriftliche Rückmeldung in Form eines patientengerechten Befundberichts zum Ergebnis der Sprechstunde mit Empfehlungen zum weiteren Vorgehen („Individuelle Patienteninformation“, PTV11).

- Sofern eine weitergehende psychotherapeutische Behandlung indiziert ist, informiert der Psychotherapeut/die Psychotherapeutin über die unterschiedlichen Verfahren (PTV10), Anwendungsformen und den Ablauf. Falls keine Psychotherapie indiziert ist, wird bei Bedarf über Alternativen informiert.

- Es schließen sich entweder eine psychotherapeutische Akutbehandlung, eine gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung, oder probatorische Sitzungen und in der Folge eine Richtlinientherapie in Form einer Kurzzeit- oder Langzeitbehandlung an.

  Zu Beginn der Behandlung wird der Patient/die Patientin altersentsprechend über die Psychotherapie und deren Ablauf informiert und über das Behandlungsverfahren aufgeklärt. Ebenso werden der gesetzliche Vertreter und/oder die gesetzliche Vertreterin aufgeklärt.

  Der Patient/Die Patientin und dessen/deren gesetzlicher Vertreter/gesetzliche Vertreterin werden auch darüber informiert, dass Kinder von 7 bis 14 Jahren bereits ein altersentsprechendes Recht haben, über die Psychotherapie und über den Umgang mit den geschützten Daten mitzubestimmen. Jugendliche ab dem 15. Lebensjahr können ihre Rechte aus der Sozialversicherung und aus dem Datenschutz auch ohne Einwilligung der Sorgeberechtigten

wahrnehmen; bezüglich der Rechte aus der Sozialversicherung können die Sorgeberechtigten dem schriftlich gegenüber dem Leistungsträger widersprechen. Über die Information und Aufklärung wird eine gesonderte Dokumentation angefertigt. Hiervon erhält der Patient/die Patientin und der gesetzliche Vertreter/die gesetzliche Vertreterin eine Abschrift, sofern sie auf diese nicht verzichten.

Die ersten Termine der Behandlung, die probatorischen Sitzungen dienen dazu, 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 probatorischen Sitzungen dauern in der Regel 50 Minuten.

Sofern nach der Akutbehandlung das Erfordernis für eine Psychotherapie besteht, sind zuvor mindestens zwei probatorische Sitzungen zu erbringen.

- Nach den probatorischen Sitzungen entscheidet der Patient/die Patientin und der gesetzliche Vertreter/die gesetzliche Vertreterin noch einmal über die weitere Durchführung der Therapie. Dabei wird der Patient/die Patientin altersentsprechend und gemäß seiner/ihrer Einsichtsfähigkeit beteiligt.

  Sofern der Patient/die Patientin die Durchführung einer Psychotherapie wünscht, ist vor Antrag auf Kostenübernahme und vor Beginn der Psychotherapie ein sog. Konsiliarbericht eines Arztes notwendig, aus dem hervorgeht, ob aus ärztlicher Sicht Einwände gegen eine Psychotherapie bestehen und ob eine gleichzeitige ärztliche Mitbehandlung notwendig ist.

  Wünscht der Patient/die Patientin eine Psychotherapie, überweist der Psychotherapeut/die Psychotherapeutin den Patienten/die Patientin mit dem Einverständnis des gesetzlichen Vertreters/der gesetzlichen Vertreterin spätestens nach Beendigung der probatorischen Sitzungen an einen Konsiliararzt. Die Überweisung beinhaltet eine kurze Information über die von ihm/ihr erhobenen Befunde und die Indikation zur Durchführung einer Psychotherapie. Zur Inanspruchnahme der Sprechstunde ist der Konsiliarbericht nicht obligatorisch.

- Falls gewünscht, stellt der Patient/die Patientin und/oder der gesetzliche Vertreter/die gesetzliche Vertreterin nach Abschluss der probatorischen Sitzungen einen Antrag auf Genehmigung einer Psychotherapie gegenüber seiner/ihrer Krankenkasse. Hierbei wird ihn/sie der Psychotherapeut/die Psychotherapeutin auf Wunsch unterstützen.

  Zur Antragstellung teilt der Psychotherapeut/die Psychotherapeutin der Krankenkasse die von ihm/ihr gestellte Diagnose schriftlich mit. Er/sie begründet dabei u.a. die Indikation und beschreibt Art und Umfang der geplanten Therapie.

  Die Therapie kann erst begonnen werden, wenn die Krankenkasse mit einer Kostenzusage die Leistungspflicht anerkennt bzw. wenn die Erbringung einer Kurzzeittherapie als genehmigt gilt.

  Wenn nach dem Ablauf der genehmigten Therapie-Stunden eine Fortführung der Therapie erfolgen soll, werden weitere Stunden nach Absprache beantragt. Erst nach Kostenzusage der Krankenkasse wird die Therapie fortgesetzt.
- Ein Wechsel der Krankenkasse ist dem Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin unverzüglich mitzuteilen.
  Die Therapie kann erst nach Anerkennung der Therapiestunden durch die neue Krankenkasse fortgeführt werden.

- Jede Beendigung der Therapie muss seitens des Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin der Krankenkasse des Versicherten mitgeteilt werden. Der Abschluss der Psychotherapie wird zwischen dem Patienten/der Patientin, dem gesetzlichen Vertreter/der gesetzlichen Vertreterin und dem Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin einvernehmlich besprochen. Wenn der Patient/die Patientin außerhalb einer solchen Absprache die Therapie beenden möchte, findet in der Regel noch eine Abschlusssitzung statt, um die Therapie in angemessener Weise abschließen zu können.

2. 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 und/oder ein notwendig hinzuziehender gesetzlicher Vertreter zu einem vereinbarten Termin verhindert sein, soll er/sie dies dem Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin so früh wie möglich mitteilen. Bei gemeinsamem Sorgerecht verständigen sich die Sorgeberechtigten darauf, wer die Verantwortung für die Einhaltung oder die rechtzeitige Absage der Termine stellvertretend für den anderen Sorgeberechtigten mit übernimmt.

Dies ist _____ (bitte Namen eintragen).

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.

Werden vereinbarte und berechtigte Ausfallhonorare trotz vorheriger Mahnung und angemessener Fristsetzung nicht beglichen, kann die Fortführung der Therapie vorübergehend ausgesetzt werden. Bei wiederholten Zahlungsausfällen kann nach vorheriger Klärung und unter Berücksichtigung des Einzelfalls eine Beendigung des Behandlungsverhältnisses in Betracht kommen. Gesetzliche und berufsrechtliche Pflichten sowie die Sicherstellung einer gegebenenfalls erforderlichen Weiterbehandlung bleiben unberührt.

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) 119,89 Euro bzw. bis zu 119,12 Euro (Kassensatzänderung vorbehalten) für eine Therapiesitzung in der Gruppe (100 Minuten, pro teilnehmenden Patienten/teilnehmender Patientin abhängig von Gruppengröße).

Vereinbarung zum Ausfallhonorar

Wir sind damit einverstanden, dass der Psychotherapeut/die Psychotherapeutin mir privat (im Falle der gesetzlichen Vertretung dem Patienten/der Patientin) einzeln oder gemeinschaftlich ein Ausfallhonorar gemäß oben genannten Sätzen berechnet, wenn wir einen fest vereinbarten Behandlungstermin nicht mindestens 48 Stunden vor dem Termin telefonisch absagen 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

_____

Unterschriften des gesetzlichen Vertreters und/oder der gesetzlichen Vertreterin

3. 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 und/oder dem gesetzlichen Vertreter/der gesetzlichen Vertreterin verfassen.

Im Rahmen der Kostenübernahmeentscheidung durch die zuständige Krankenkasse ist es notwendig, der Krankenkasse Informationen über Beschwerden, die Problematik und den Therapieplan zu übermitteln. Diese Informationen können – soweit erforderlich – in anonymisierter Form an einen unabhängigen Gutachter weitergeleitet werden. Der Patient/ die Patientin hat grundsätzlich Anspruch auf Einsichtnahme in die übermittelten Informationen.

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 worden, dass der Psychotherapeut/die Psychotherapeutin für die Beantragung der Kostenübernahme einen Bericht über die Beschwerden, die Problematik und den Therapieplan übermittelt, der anonymisiert an einen unabhängigen Gutachter weitergeleitet wird. 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

_____

Unterschriften des gesetzlichen Vertreters und/oder der gesetzlichen Vertreterin

4. 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	Ort, Datum	Ort, Datum
_____	_____	_____
Unterschrift (1. Sorgeberechtigte/r)	Unterschrift (2. Sorgeberechtigte/r)	Unterschrift Kind/Jugendliche/r

5. 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)

6. 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.

7. Erklärung zum Sorgerecht, zur gesetzlichen Vertretung & Abholerklärung

Hiermit erkläre ich/erklären wir _____ ,
(Namen bitte einfügen)

dass wir für das Kind _____, geboren am _____
,
(Namen bitte einfügen)

folgende Sorgerechtsregelung haben (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- ☐ das gemeinsame Sorgerecht (nur **eine** Unterschrift notwendig)
- ☐ das alleinige Sorgerecht für die Mutter (nur **eine** Unterschrift notwendig)
- ☐ das alleinige Sorgerecht für den Vater (nur **eine** Unterschrift notwendig)
- ☐ getrennt lebend oder geschieden und gemeinsames Sorgerecht (**zwei** Unterschriften notwendig)
- ☐ eine andere Sorgerechtsregelung, nämlich:

Einwilligung zur Abholregelung haben (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- ☐ nach der Therapiestunde die Räumlichkeiten der DGVT-Institutsambulanz selbstständig verlassen darf.
- ☐ nicht alleine die DGVT-Institutsambulanz verlassen darf. Ich hole mein Kind als Sorgeberechtigte/r nach jeder Therapiestunde zuverlässig und pünktlich in den Räumlichkeiten der DGVT-Institutsambulanz ab.

- ☐ von Herrn/Frau _____, geb. _____,
(Vor- und Nachnamen bitte einfügen)

  Verwandtschafts-/Bekanntheitsverhältnis _____ abgeholt wird.
(z.B. Großmutter/-vater, Onkel/Tante etc.)

  Zur Abholung wird ein gültiger Lichtbildausweis vorgezeigt.

  Dies geschieht mit meiner ausdrücklichen Einwilligung und gilt bis zu meinem Widerruf.

_____	_____	_____
Ort, Datum	Ort, Datum	Ort, Datum
_____	_____	_____
Unterschrift (1. Sorgeberechtigte/r)	Unterschrift (2. Sorgeberechtigte/r)	Unterschrift Kind/Jugendliche/r

8. Einwilligung in Videoaufnahme (Bild- und Tonaufnahmen)

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

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

_____
(Name, in Ausbildung zur/zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/en befindlich)

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, in Ausbildung zur/zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/en befindlich)

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	Ort, Datum	Ort, Datum
_____	_____	_____
Unterschrift (1. Sorgeberechtigte/r)	Unterschrift (2. Sorgeberechtigte/r)	Unterschrift Kind/Jugendliche/r

9. <u>Einwilligung zur Benachrichtigung über Absagen von Therapiesitzungen per SMS oder Anrufbeantworternachricht</u>

Hiermit willige ich _____
(Name des/der Patient/in, oder der gesetzlichen Vertretung)
ein, dass ich über Terminabsagen oder -änderungen einer Einzel- und Gruppentherapiesitzung bei

meinem/meiner behandelnden Therapeut/in _____
(Name, in Ausbildung zur/zum Kinder und Jugendlichenpsychotherapeut/in befindlich)

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	Ort, Datum	Ort, Datum
_____	_____	_____
Unterschrift (1. Sorgeberechtigte/r)	Unterschrift (2. Sorgeberechtigte/r)	Unterschrift Kind/Jugendliche/r

10. <u>Einwilligung zur E-Mail-Kontaktaufnahme zu Zwecken von Testungen und Zustimmung zur Therapie</u>

Hiermit willige ich _____
(Name des/der Patient/in, oder der gesetzlichen Vertretung)

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.

Ort, Datum	Ort, Datum	Ort, Datum
Unterschrift (1. Sorgeberechtigte/r)	Unterschrift (2. Sorgeberechtigte/r)	Unterschrift Kind/Jugendliche/r

11. Widerspruchserklärung Eintrag elektronische Patientenakte (ePA)

☐ Hiermit erkläre ich, dass ich der Einrichtung einer ePA bereits generell widersprochen habe.

☐ Hiermit widerspreche ich sämtlichen Eintragungen in meine ePA (unter anderem Diagnosen, Befunde und Gesprächsprotokolle) durch die DGVT Erlangen-Nürnberg GmbH.

Diese Entscheidung gilt für die Dauer meiner gesamten Behandlung bei der DGVT Erlangen- Nürnberg, solange ich sie nicht widerrufe.

Ort, Datum	Unterschrift Patient/in
Ort, Datum	Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

12. Ich bin mit der therapeutischen Behandlung in der DGVT Institutsambulanz Erlangen einverstanden.

Ort, Datum	Unterschrift Patient/in
Ort, Datum	Unterschrift Erziehungsberechtigte/r
Ort, Datum	Unterschrift in Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/ zur Kinder und Jugendlichenpsychotherapeutin