

Sehr geehrte/r Patient/in, Sehr geehrte Eltern,

wir freuen uns, Sie bald im Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) Peters & Kollegen begrüßen zu dürfen. Zu Ihrem Erstgespräch ist es wichtig, dass Sie das beiliegende Starter-Paket (Patienteninformation, Einverständniserklärung, Psychotherapie-Vertrag und Familienanamnese) ausgefüllt mitbringen.

Versuchen Sie so viele Informationen wie möglich einzutragen. In der Familienanamnese werden Informationen abgefragt, die unmittelbar für die Behandlung oder Diagnose wichtig sind. Als PsychotherapeutInnen können wir so im Gespräch auf die Anamnese Bezug nehmen und mehr Zeit in z.B. Aufklärung und Therapie investieren.

**Damit der Termin stattfinden kann, bringen Sie zum Erstgespräch bitte folgende Unterlagen mit:**

- Versichertenkarte des Kindes
- Starter-Paket

**Zum Erstgespräch müssen die Eltern oder mindestens eine sorgeberechtigte Person (z.B. Vormund) anwesend sein. Wenn Sie Schwierigkeiten mit der deutschen Sprache haben, bringen Sie bitte eine Person mit, die für Sie übersetzen kann (z.B. Familienhelfer/in, Verwandte/r).**

Bei Fragen können Sie sich immer telefonisch an uns wenden: +49 (0)30 - 420 88 159.

Mit freundlichen Grüßen,

Ihr MVZ-Team

## Patienteninformation

### A) ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte/r Patient/in, Sehr geehrte Eltern,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie haben.

#### 1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung

**Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:**

Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) Peters & Kollegen  
Irina Peters  
Schrockstraße 25  
14165 Berlin

#### 2. Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte/Ärztinnen erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte/Ärztinnen oder PsychotherapeutInnen, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

#### 3. Empfänger Ihrer Daten

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte/Ärztinnen / PsychotherapeutInnen, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechtigte Empfänger.

#### 4. Speicherung Ihrer Daten

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

#### 5. Ihre Rechte

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

**Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:**

Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin  
Postfach 31 09 29  
10639 Berlin  
Tel.: (030) 90229-0

**6. Rechtliche Grundlagen**

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

**B) ZUR ART DER VERSICHERUNG**

Name der Versicherung: \_\_\_\_\_

Rechnungszahler/in: \_\_\_\_\_

Rechnungsanschrift: \_\_\_\_\_

**C) ZUM MVZ-BESUCH**

Sie können uns hiermit die Erlaubnis erteilen, dass Ihr Kind selbstständig nach einem Termin das MVZ verlassen darf.

**Darf Ihr Kind das MVZ allein verlassen?**

- JA
- NEIN

**D) SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNG**

Hiermit entbinde ich das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) Peters und Kollegen von der Schweigepflicht gegenüber folgender Person(en)/ Einrichtung (z.B. Schule, Ämter):

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Name

**Ich habe alle Informationen zum Datenschutz und zum Besuch des MVZs zur Kenntnis genommen und erkläre mich mit den genannten Bedingungen einverstanden.**

Berlin, den \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Erziehungs- bzw. Sorgeberechtigte/r

\_\_\_\_\_

Erziehungs- bzw. Sorgeberechtigte/r

## Einverständniserklärung

### für getrenntlebende Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht

Ich, \_\_\_\_\_ bin einverstanden,

(Name Erziehungs- bzw. Sorgeberechtigte/r)

Position zum Kind

Kindesmutter

Kindesvater

dass mein Kind:

\_\_\_\_\_  
Name Patient/in

\_\_\_\_\_  
Anschrift Patient/in

- Im Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) Peters und Kollegen mittels multimodaler Maßnahmen diagnostiziert/therapiert wird.
- Mit der Erstellung und Herausgabe von Berichten, Gutachten oder sonstigen Bescheinigungen erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden.

JA

NEIN

- Ich bin damit einverstanden, dass mein/e Kinder/Hausarzt/ärztin jedes Quartal einen Bericht erhält (Berichtspflicht für Psychotherapieleistungen Abschnitts 35.1 / 35.2, 1.1.2007).

JA

NEIN

Hiermit entbinde ich das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) Peters und Kollegen von der Schweigepflicht gegenüber folgender Person(en)/ Einrichtung (z.B. Schule, Ämter):

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Name

Berlin, den \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Erziehungs- bzw. Sorgeberechtigte/r

# Anamnesebogen

Bitte lesen Sie die Fragen zur Entwicklung, zum Verhalten und zur allgemeinen Lebenssituation Ihres Kindes / Jugendlichen sorgfältig durch und antworten Sie ausführlich.

Ausgefüllt von: \_\_\_\_\_ Beziehung zum Kind:  Mutter  Vater  Andere: \_\_\_\_\_

Ausgefüllt am: \_\_\_\_\_

## I. Angaben zum Kind / Jugendlichen

Name und Vorname Kind / Jugendliche Geburtsdatum Geschlecht

Anschrift

Festnetznummer / Mobilnummer Staatsangehörigkeit

E-Mail-Adresse

Kindergarten / Schule Klasse (falls zutreffend)

Aktuelle Kinderarzt/ärztin // Psychiater/in: Körpergröße Gewicht

Kind / Jugendliche lebt bei:  Eltern  Mutter  Vater  Heim/WG  Anderes: \_\_\_\_\_

## II. Bisherige Behandlung

War/Ist Ihr Kind schon einmal in psychologischer / psychiatrischer Behandlung?

- Nein, Mein Kind war **noch nie** in psychologischer / psychiatrischer Behandlung.
- Ja, Mein Kind war **schon** in psychologischer / psychiatrischer Behandlung bei...  
 (z.B. psychotherapeutische Praxis, Sozialpädiatrisches Zentrum, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie)

\_\_\_\_\_  
 Name der Einrichtung Beginn/Ende der Behandlung

- Ja, mein Kind ist **derzeit (im aktuellen Quartal)** in psychologischer / psychiatrischer Behandlung bei...  
 (z.B. psychotherapeutische Praxis, Sozialpädiatrisches Zentrum, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie)

\_\_\_\_\_  
 Name der Einrichtung Beginn der Behandlung

Hat Ihr Kind gesundheitliche Probleme?

- Neurologische Erkrankungen (z.B. Epilepsie) \_\_\_\_\_
- Andere Erkrankungen (z.B. Allergien, Herzprobleme) \_\_\_\_\_

Bekommt Ihr Kind regelmäßig Medikamente (auch alternative Heilmittel)?

- Nein.
- Ja, nämlich: \_\_\_\_\_

**III. Angaben zu den Eltern** (Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen)

- Eltern leben  zusammen  getrennt
- Kind lebt bei  beiden Eltern  Mutter  Vater  Anderes: \_\_\_\_\_
- Sorgerecht  Gemeinsames Sorgerecht  Alleiniges Sorgerecht bei: \_\_\_\_\_

**MUTTER**

- leibliche Mutter
- Adoptivmutter
- Pflegemutter
- Stiefmutter

\_\_\_\_\_  
 Name, Vorname Geburtsdatum Staatsangehörigkeit

\_\_\_\_\_  
 Anschrift (falls abweichend zu Kind / Jugendliche/r)

\_\_\_\_\_  
 E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_  
 Telefon- und Mobilnummer / Erreichbarkeit Beruf

- Vollzeit
- Teilzeit
- arbeitssuchend
- Hausfrau

\_\_\_\_\_  
 Psychische und/ oder körperliche Erkrankungen

**VATER**

- leiblicher Vater
- Adoptivvater
- Pflegevater
- Stiefvater

\_\_\_\_\_  
 Name, Vorname Geburtsdatum Staatsangehörigkeit

\_\_\_\_\_  
 Anschrift (falls abweichend zu Kind / Jugendliche/r)

\_\_\_\_\_  
 E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_  
 Telefon- und Mobilnummer / Erreichbarkeit Beruf

- Vollzeit
- Teilzeit
- arbeitssuchend
- Hausmann

\_\_\_\_\_  
 Psychische und/ oder körperliche Erkrankungen



- Gibt es schulische Probleme (soziales Miteinander/Lernstoff)?  nein  es gibt / gab Schwierigkeiten, weil:

---

- Was sind die Lern-Stärken / Lern-Schwächen Ihres Kindes?

---

- Regelmäßigkeit des Schulbesuchs:

regelmäßig  verspätet sich oft  schwänzt häufig  fehlt häufig, wenn: \_\_\_\_\_

- Hat Ihr Kind bereits einen Schulabschluss? Wenn ja, welchen? \_\_\_\_\_

Nennen Sie die Lieblingsbeschäftigung und Lieblingshobbies Ihres Kindes / Jugendlichen.

---

---

Nennen Sie Fähigkeiten / Stärken / Begabungen Ihres Kindes / Jugendlichen.

---

---

Gab oder gibt es schwerwiegende Ereignisse (z.B. Todesfälle, schwere Erkrankungen, Arbeitsplatzverluste) in der Familie oder im familiären Umfeld?  nein  ja, folgende:

---

## VI. Beziehungen zu anderen Personen

Wie ist das Verhältnis zwischen Kind und Eltern (z.B. besseres Verhältnis zu Mutter oder Vater)?

---

Wie verträgt sich das Kind mit seinen Geschwistern? (Bitte jeweils angeben, um welches Geschwisterkind es sich handelt, z.B. schlecht mit... im Allgemeinen gut mit... häufigster Anlass zum Streit ist...)?

---

Hat es Freunde / Freundinnen?  nein  ja, Anzahl: \_\_\_\_\_

Wie häufig verbringt das Kind seine Freizeit mit Freunden?

fast täglich  nicht täglich, sondern \_\_\_\_\_  ist lieber für sich allein

Wie verträgt es sich in der Gruppe? (außerhalb der Schule)

kommt gut mit anderen aus  möchte andere beherrschen  leicht durch andere zu beeinflussen  beschimpft

rechthaberisch  nimmt anderen gern etwas weg  zwickt, stößt, schlägt  wird von anderen beschimpft

zieht sich von anderen zurück  prahlt gern  wird von anderen wenig beachtet / gemieden

## VII. Vorstellungsanlass

*Welches Problemverhalten Ihres Kindes hat Anlass gegeben, unser MVZ aufzusuchen? Seit wann bestehen die Probleme?*

---

*Gab es irgendwelche besonderen Ereignisse, die mit dem ersten Auftreten des Verhaltens zusammenfielen?*

---

*Wie hat sich das Verhalten im Laufe der Zeit entwickelt?*

---

*Zeigt sich das Verhalten häufiger / seltener, an bestimmten Orten / zu bestimmten Tageszeiten / mit bestimmten Personen?*

---

*Wer in Ihrer Familie (oder Verwandtschaft) leidet oder litt unter ähnlichen Problemen?*

---

*Was erhoffen Sie sich von der Vorstellung in unserem MVZ?*

---

**Vielen Dank für das Ausfüllen des Anamnesebogens!**

## Behandlungsvertrag

Nach ausführlicher Information und Aufklärung über die Bedingungen einer ambulanten Behandlung wird zwischen den MitarbeiterInnen der Praxis MVZ Peters und Kollegen, nachfolgend **Praxis** genannt,

und

Frau/Herrn \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_

ggf. Sorgeberechtigte/r mit Anschrift \_\_\_\_\_

nachfolgend **Patient:in** genannt

die Durchführung einer psychotherapeutischen und/oder psychiatrischen Behandlung vereinbart.

Die Behandlungskosten sollen gemäß nachfolgender Erklärung des/der Patienten:in abgerechnet werden:

Ich bin in der gesetzlichen Krankenversicherung, bei \_\_\_\_\_

Ich wünsche eine Behandlung zu Lasten meiner Krankenkasse, die Abrechnung der Leistungen erfolgt über die Kassenärztliche Vereinigung.

Ich bin privat versichert bei \_\_\_\_\_

Die Psychotherapiekosten werden mir durch die Praxis **gemäß GOP<sup>1</sup> mit dem 3,5-fachen Satz** Rechnung gestellt und durch mich bei meiner o.a. privaten Krankenversicherung abgerechnet. Die Psychiatriekosten werden mir gemäß **GOÄ<sup>2</sup>** in der Regel bis zum 2,3-fachen Satz, unter berechtigten Voraussetzungen auch bis zum 3,5-fachen Satz, in Rechnung gestellt und durch mich bei meiner o.a. privaten Krankenversicherung abgerechnet.

Ich bin beihilfeberechtigt, Beihilfestelle: \_\_\_\_\_

Die Psychotherapiekosten werden mir durch die Praxis **gemäß GOP<sup>1</sup> mit dem 3,5-fachen Satz** in Rechnung gestellt und durch mich zu Lasten der o.a. Beihilfe/privaten Krankenversicherung abgerechnet. Die Psychiatriekosten werden mir gemäß **GOÄ<sup>2</sup>** in der Regel bis zum 2,3-fachen Satz, unter berechtigten Voraussetzungen auch bis zum 3,5-fachen Satz, in Rechnung gestellt und durch mich zu Lasten der o.a. Beihilfe/privaten Krankenversicherung abgerechnet.

Ich möchte die Psychotherapiekosten selbst zahlen.

Die Psychotherapiekosten werden mir durch die Praxis **gemäß GOP<sup>1</sup> mit dem 3,5-fachen Satz** in Rechnung gestellt. Die Psychiatriekosten werden mir gemäß **GOÄ<sup>2</sup>** in der Regel bis zum 2,3-fachen Satz, unter berechtigten Voraussetzungen auch bis zum 3,5-fachen Satz, in Rechnung gestellt.

Die Psychotherapiekosten werden von folgendem Kostenträger übernommen: \_\_\_\_\_

**Ich verpflichte mich, dass ich mich selbst um die Therapiekostenübernahme bemühe:**

Unabhängig von der Erstattung durch Dritte (z.B. private Krankenversicherung, Beihilfe, gesetzliche Krankenversicherung bei § 13 Abs. 2<sup>3</sup> oder 3<sup>4</sup> SGB V) schuldet der/die Patient:in das Honorar der Praxis in voller Höhe. Die Rechnungslegung erfolgt bei privaten Versicherten gemäß **GOP/GOÄ mit dem bis zu 3,5-fachen Steigerungssatz. Mir ist bekannt, dass die Therapiekosten nicht immer von der Krankenkasse in voller Höhe übernommen werden.** Gesetzlich Versicherte werden gemäß dem aktuell gültigen Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) berechnet.

**Zusätzlich vereinbaren Patient/in und Praxis folgendes:**

Der/die Patient:in verpflichtet sich, bei Verhinderung einen vereinbarten Behandlungstermin spätestens **24** Stunden vorher abzusagen. Erfolgt die Terminabsage nicht rechtzeitig, wird dem/der Patient:in **50 %** von dem zustehenden Honorar in Rechnung gestellt. Dieses Ausfallhonorar hat der/die Patient:in unabhängig von der Art der Versicherung selbst zu zahlen. Eine Kostenerstattung durch die private oder gesetzliche Krankenkasse oder Beihilfe findet in diesem Fall nicht statt. Bitte klären Sie auch ggf. ihr Kind hierzu auf, falls ihr Kind tendenziell selbstständig Termine wahrnimmt.

|  |                     |
|--|---------------------|
| Ort  | Datum               |
| Unterschrift Patient:in/Sorgeberechtigte:r | Unterschrift Praxis |

Das Original des Behandlungsvertrages verbleibt in der Praxis. Der/die Patient:in erhält eine Zweitschrift.

Das **Merkblatt zur ambulanten Psychotherapie** habe ich erhalten, gelesen und erkläre mich einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient:in/Sorgeberechtigte:r

- 1 Gebührenordnung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
- 2 Gebührenordnung der Ärzte
- 3 Kostenerstattungsvereinbarung mit der gesetzlichen Krankenkasse gem. § 13 Abs. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)
- 4 Kostenerstattung der gesetzlichen Krankenkasse bei selbstbeschaffter Leistung gem. § 13 Abs. 3 SGB V

## Merkblatt zur ambulanten Psychotherapie

### Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,

mit diesem Merkblatt möchten wir Ihnen noch wichtige Informationen zur Psychotherapie geben und Sie über den Ablauf einer psychotherapeutischen Behandlung aufklären:

#### Allgemein

1. In der Regel erfolgt der erste Kontakt zu einem Psychotherapeuten/einer Psychotherapeutin über die Psychotherapeutische Sprechstunden, in der die Erstdiagnose gestellt und abgeklärt wird, ob eine Psychotherapie, eine Akutbehandlung oder eine andere Empfehlung angezeigt ist. Über das Ergebnis erhalten Sie eine schriftliche Information.
2. Eine Akutbehandlung kann sich anschließen, wenn eine Krisenbehandlung oder eine schnelle Behandlung indiziert ist, um eine Chronifizierung zu vermeiden. Sie umfasst max. 12 Sitzungen im Jahr und ist nicht mit einer Psychotherapie zu verwechseln.
3. Die umfassende und längerfristige Behandlung einer psychischen Erkrankung erfolgt mittels einer Psychotherapie. Diese beginnt mit mind. zwei probatorischen Sitzungen, in denen abgeklärt wird, ob die beabsichtigte Psychotherapie bei der psychischen Störung erfolgversprechend und die Beziehung zwischen Patienten und Therapeut tragfähig ist. Zudem werden Behandlungsumfang und Frequenz der einzelnen Behandlungen festgelegt.
4. Der/die Psychotherapeut/in und Sie entscheiden in dieser probatorischen Phase, spätestens an ihrem Ende gemeinsam, ob die Psychotherapie regulär aufgenommen und ggf. eine Kostenübernahme bei dem zuständigen Kostenträger beantragt werden soll.
5. Die therapeutischen Sitzungen dauern in der Regel 50 Minuten, können aber aus inhaltlichen Erfordernissen / bei bestimmten psychotherapeutischen Interventionen geteilt (2 x 25 Minuten) oder verlängert werden (Doppel- oder ggf. mehrstündige Sitzungen).
6. Eine Psychotherapie kann als Kurzzeittherapie (12 Stunden + 12 Stunden) oder als Langzeittherapie beantragt und durchgeführt werden. Auch eine langfristige Fortführung als Rezidivprophylaxe ist möglich. Nach der Erstbeantragung (erster Behandlungsabschnitt) ist die Beantragung eventuell notwendiger Therapieverlängerungen möglich.
7. Der maximale Behandlungsumfang und Umfang der einzelnen Bewilligungsabschnitte sind für ambulante Psychotherapien im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung in Abhängigkeit vom Behandlungsverfahren des/der Psychotherapeuten/in unterschiedlich geregelt. Im Falle privater Krankenversicherung sind die allgemeinen Versicherungs- und die jeweiligen Tarifbedingungen, in der Beihilfe die Beihilfavorschriften maßgeblich.
8. Bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen, aber auch bei der Behandlung von Erwachsenen, kann es im **Einzelfall** angezeigt und hilfreich für den/die Patienten/in sein, wenn Bezugspersonen zeitweise in die therapeutischen Sitzungen mit einbezogen werden. Bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen können solche Sitzungen bis zu 1/4 der Sitzungen für den/die Patienten/in zusätzlich beantragt werden.
9. Alle von Ihnen beigebrachten oder ausgefüllten Unterlagen gehen in die Patientenakte ein, die von dem/der Psychotherapeuten/in mindestens zehn Jahre nach Abschluss der Behandlung aufbewahrt wird.

#### Beantragung von Psychotherapie und vorherige somatische Abklärung

10. Die Durchführung und ggf. Verlängerung einer ambulanten Psychotherapie in der Krankenbehandlung ist sowohl für gesetzlich Krankenversicherte wie auch für Privatversicherte antrags- und genehmigungspflichtig. Antragsteller sind in jedem Fall Sie als Patient/in. Der/die Psychotherapeut/in unterstützt Sie bei der Antragstellung insbesondere durch die fachliche Begründung des Therapieantrages.
11. Zur Beantragung der Therapie haben Sie auf dem dafür vorgeschriebenen Formular (GKV und Beihilfe) den Konsiliarbericht eines berechtigten Arztes einzuholen und diesen möglichst zeitnah dem/der Psychotherapeuten/in zu übergeben. Bei PKV Versicherten reicht vielfach eine formlose ärztliche Bescheinigung. Auch bei selbstzahlenden Patienten/innen, bei denen naturgemäß kein Antragsverfahren erforderlich ist, muss vor Beginn der regulären Psychotherapie eine somatische Abklärung durch einen dazu berechtigten Arzt erfolgen.

12. Ihre persönlichen Daten und medizinischen Befunde werden bei der Beantragung der Psychotherapie gegenüber der gesetzlichen Krankenkasse und dem zuständigen Gutachter durch eine Patienten-Chiffre anonymisiert. Damit soll der Schutz Ihrer Daten und die Schweigepflicht des/der Psychotherapeuten/in gewährleistet werden.
13. Sind Sie privatversichert und beihilfeberechtigt, dann ist der Schutz persönlicher Daten und medizinischer Befunde aufgrund der Besonderheiten des Antragsverfahrens und der diesbezüglichen Gepflogenheiten der Kostenträger nicht sicher gewährleistet und auch von Ihrem/Ihrer behandelnden Psychotherapeuten/in nicht sicherzustellen.

### **Therapiegenehmigung**

14. Die Versicherungsträger, z.B. gesetzliche Krankenversicherung, Beihilfe, private Krankenversicherung, übernehmen die Kosten für eine ambulante Psychotherapie ab dem Datum der ausdrücklichen, schriftlichen Genehmigung im genehmigten Umfang. Sie erhalten darüber eine Mitteilung direkt von Ihrem Kostenträger. Bitte bringen Sie diese für Ihre/n Behandler/in unbedingt mit.
15. Die psychotherapeutische Behandlung beginnt daher erst, wenn Ihnen als Patient/in die Kostenübernahmezusage schriftlich vorliegt. Für den Fall, dass Sie einen vorgezogenen Behandlungsbeginn wünschen und den weiteren Fall, dass die Kosten ganz oder anteilig nicht durch Ihren Versicherungsträger erstattet werden, schulden Sie als Patient/in dieses Honorar in vollem Umfange der Praxis.

### **Schweigepflicht der Therapeuten/Verschwiegenheit des Patienten**

16. Der/die Psychotherapeut/in ist gegenüber Dritten - ausgenommen Mitarbeitern der Praxis - schweigepflichtig und wird über Sie nur mit Ihrem ausdrücklichen Einverständnis Auskunft gegenüber Dritten erteilen bzw. einholen. Sollten bei Ihnen wichtige Gründe entgegenstehen, werden diese nach Klärung mit dem/der Psychotherapeuten/in respektiert.
17. Sie als Patient/in entbinden den/die Psychotherapeuten/in und ärztliche/psychotherapeutische Vorbehandler und Mitbehandler untereinander in gesonderter Erklärung von der Schweigepflicht und stimmen der Einholung von Auskünften ausdrücklich zu.
18. Sie stimmen einer Aufzeichnung von Therapiesitzungen mit Tonband oder Video ausdrücklich zu und gestatten dem/der Psychotherapeuten/in die Verwendung dieser Aufzeichnungen zum Zwecke seiner/ihrer eigenen Fort- und Weiterbildung bzw. zur qualitätssichernden Therapiekontrolle. Gleiches gilt für die anonymisierte Darstellung des Behandlungsverlaufes in der Intervision und/oder Supervision. Sollten bei Ihnen wichtige Gründe dem entgegenstehen, werden diese nach Klärung mit dem/der Psychotherapeuten/in respektiert.
19. Zur Förderung interdisziplinärer Zusammenarbeit ist der/die Psychotherapeut/in bei gesetzlich Versicherten verpflichtet, zu Beginn der Therapie sowie einmal jährlich dem Hausarzt/ärztin einen Bericht zu übermitteln. Dazu ist Ihre schriftliche Schweigepflichtentbindungserklärung erforderlich, es sei denn, Sie wünschen es nicht. Eine bereits erteilte Erklärung ist auch widerrufbar.
20. Sie als Patient/in verpflichten sich Ihrerseits zur Verschwiegenheit über andere Patienten/innen, von denen Sie zufällig - z.B. über Wartezimmerkontakt - Kenntnis erhalten haben.
21. Es besteht die Möglichkeit, mit der Praxis Informationen und Daten elektronisch per E-Mail auszutauschen. Dieser Austausch erfolgt i.d.R. unverschlüsselt und ist damit nicht sicher und kann eventuell durch Dritte eingesehen und manipuliert werden. Es ist möglich, dass dadurch persönliche Sachverhalte unbefugten Dritten bekannt werden. Die Praxis wird die elektronischen Kommunikationswege im Wesentlichen für Terminabsprachen nutzen. Sensible persönliche Daten werden nicht per E-Mail versendet. Die Rückmeldungen der Praxis gelten als zugegangen, wenn sie im E-Mail-Postfach der/des Patient/in zum Download bereitstehen oder als zugegangen gekennzeichnet sind.

### **Feste Terminvereinbarung/Terminversäumnis/Ausfallhonorar.**

22. Die psychotherapeutischen Sitzungen finden in der Regel, wenn nicht begründet anders vereinbart, einmal wöchentlich zu einem zwischen Patient/in und Psychotherapeut/in jeweils fest und verbindlich vereinbarten Termin statt.
23. Der/die Patient/in verpflichtet sich, die fest vereinbarten Behandlungstermine pünktlich wahrzunehmen und im Verhinderungsfalle rechtzeitig, d.h. 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin abzusagen bzw. absagen zu lassen. Dazu genügt eine schriftliche Mitteilung (Brief, Fax, E-Mail) oder eine telefonische Absage, auch auf Anrufbeantworter. (Die Frist von 24 Stunden macht es möglich, bei Terminabsagen am Freitag ggf. für den folgenden Montag noch andere Patienten zu terminieren).
24. Da in psychotherapeutischen Praxen aufgrund der Zeitgebundenheit der psychotherapeutischen Sitzungen nach einem strikten Bestellsystem gearbeitet wird und zu jedem Termin nur ein/e Patient/in einbestellt ist, wird dem/der Patienten/in bei nicht rechtzeitiger Absage ein Ausfallhonorar in Höhe von 50 % des entgangenen Honorars berechnet, welches ausschließlich von dem/der Patienten/in selbst zu tragen ist und nicht von dem Versicherungsträger erstattet wird.

### **Psychotherapiekostenregelung bei gesetzlich Krankenversicherten**

25. Bei gesetzlich krankenversicherten Patienten/innen erfolgt die Abrechnung der ambulanten Psychotherapie zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse ausschließlich über die Kassenärztliche Vereinigung. Psychotherapie als Krankenbehandlung ist in der gesetzlichen Krankenversicherung eine Regelleistung.
26. Gesetzlich krankenversicherte Patienten/innen verpflichten sich, ihre Chipkarte (Krankenversichertenkarte) jeweils zur ersten Sitzung im Verlaufe eines Quartals zur Registrierung mitzubringen.
27. Der/die Patient/in verpflichtet sich, dem/der Psychotherapeuten/in jeden Krankenkassen- und Versicherungswechsel sofort anzuzeigen und eine Kostenzusage für die laufende Psychotherapie beizubringen. Bei dem Bemühen um eine neuerliche Kostenzusage wird der/die Psychotherapeut/in den/die Patienten/in durch ggf. notwendige fachliche Begründung unterstützen.
28. Bei regulärer Therapiebeendigung, aber auch bei Therapieabbruch, ist der/die Psychotherapeut/in verpflichtet, dieses - ohne weitere inhaltliche Angaben - der gesetzlichen Krankenversicherung mitzuteilen.
29. Eine Therapieunterbrechung von mehr als einem halben Jahr ist bei einer Psychotherapie, die durch die gesetzliche Krankenversicherung finanziert wird, nur mit besonderer Begründung möglich. Wird diese nicht gegeben oder nicht anerkannt, so erlischt der Anspruch auf Psychotherapiekostenübernahme gegenüber der gesetzlichen Krankenkasse in der Regel für den Zeitraum von zwei Jahren.

### **Psychotherapiekostenregelung bei privat Krankenversicherten, einschließlich Beihilfe**

30. Der/die privat-/beihilfeversicherte Patient/in bzw. der/die in gesetzlicher Krankenversicherung versicherte, selbstzahlende Patient/in (Kostenerstattung gemäß § 13 Abs. 21 oder 32 SGB V) verpflichtet sich, sich vor Therapieaufnahme selbst über die Tarifbedingungen seines/ihrer Versicherungsvertrages genau zu informieren und für sich abzuklären, ob und inwieweit ihm/ihr die Therapiekosten erstattet werden.
31. Bei privat krankenversicherten Patienten/innen - einschließlich Beihilfe - erfolgt die Rechnungslegung gemäß GOP3 in Verbindung mit GOÄ4 mit dem 3,5-fachen Steigerungssatz.
32. Unabhängig von der Erstattung durch Dritte (z.B. private Krankenversicherung/Beihilfe) schuldet der/die Patient/in das Honorar gegenüber der Praxis in voller Höhe gemäß Rechnungslegung.
33. Der/die Psychotherapeut/in übergibt dem/der Patienten/in zusammen mit dem vorliegenden Psychotherapievertrag einen Abdruck der GOP-Ziffern und GOP-Honorare in der letztgültigen, aktuellen Fassung und verpflichtet sich, über Tarifveränderungen zeitnah schriftlich zu informieren.

### **Psychotherapiekostenregelung bei Selbstzahlern**

34. Bei ausschließlich selbstzahlenden Patienten/innen, die keine Erstattungsleistungen eines Versicherungsträgers oder einer Krankenkasse in Anspruch nehmen, erfolgt die Rechnungslegung gemäß GOP3 in Verbindung mit GOÄ4, mit dem 3,5-fachen Steigerungssatz. Der/die Psychotherapeut/in übergibt dem/der Patienten/in zusammen mit dem vorliegenden Psychotherapievertrag einen Abdruck der GOP-Ziffern und GOP-Honorare in der letztgültigen, aktuellen Fassung und verpflichtet sich, über Tarifveränderungen zeitnah schriftlich zu informieren

### **Selbstverpflichtungserwartung an den Patienten**

35. Der/die Patient/in verpflichtet sich, um den Erfolg der Therapie nicht zu gefährden, mindestens während des Zeitraumes von Beginn bis zum Abschluss der ambulanten Psychotherapie keine Drogen und, insbesondere für den Fall einer bestehenden Suchterkrankung, keine Suchtmittel zu sich zu nehmen oder zu benutzen (z.B. Spielautomaten).
36. Der/die Patient/in verpflichtet sich, mindestens während des Zeitraumes von Beginn bis zum Abschluss der ambulanten Psychotherapie keinen Suizidversuch zu unternehmen, sondern sich ggf. unverzüglich in stationäre Behandlung zu begeben, um kurzfristig und für die Dauer der akuten Gefährdung Schutz und Hilfe zu erhalten.
37. Der/die Patient/in verpflichtet sich, in jeder Phase der Psychotherapie von sich aus oder auf Aufforderung des/der Psychotherapeuten/in auch weitere Unterlagen (z.B. Klinik- und Kurberichte, ärztliche Gutachten) beizubringen und zu übergeben.
38. Der/die Patient/in wird jede Aufnahme oder Veränderung einer medikamentösen Behandlung / Medikamenteneinnahme - durch einen Arzt verordnet oder selbstentschieden - unverzüglich dem/der Psychotherapeuten/in mitteilen.

### **Allgemeine Aufklärung**

39. Psychotherapeuten/innen arbeiten mit wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren. Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen zurzeit nur die Kosten für vier Verfahren, die analytische Psychotherapie, die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, die Verhaltenstherapie und die Systemische Therapie.
40. Alternativ zur ambulanten Psychotherapie kann in Einzelfällen auch eine stationäre oder teilstationäre Behandlung sinnvoll sein.
41. Der Erfolg einer psychotherapeutischen Behandlung ist wissenschaftlich sehr gut belegt. Dennoch ist möglich, dass kurz- oder längerfristig eine Verschlechterung Ihres Zustandes eintritt. Auch kann einmal der gewünschte Erfolg überhaupt ausbleiben. Bei Zweifeln an der Behandlung werden Sie gebeten, Ihre/n Psychotherapeuten/in zu informieren, damit er Wege für eine erfolgversprechendere Behandlung finden kann.

### **Kündigung**

42. Der Therapievertrag kann von dem/der Patienten/in jederzeit durch eine mündliche oder schriftliche Erklärung fristlos gekündigt werden, da ein Vertrauensverhältnis zwischen Patient/in und Psychotherapeut/in eine grundlegende Voraussetzung für Psychotherapie ist.
43. Der/die Psychotherapeut/in behält sich vor, bei offensichtlich fehlender Motivation und bei fehlender Mitarbeit des/der Patienten/in die Psychotherapie von sich aus, ggf. auch ohne das erklärte Einverständnis des/der Patienten/in, zu beenden und dem Kostenträger hiervon, ohne inhaltliche Angaben, Mitteilung zu machen.

1 Kostenerstattungsvereinbarung mit der gesetzlichen Krankenkasse gem. § 13 Abs.

2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) 2 Kostenerstattung der gesetzlichen Krankenkasse bei selbstbeschaffter Leistung gem. § 13 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)

3 Gebührenordnung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) 4 Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)