

Уважаемые пациенты и уважаемые родители,

Мы рады приветствовать вас в Центре Medizinisches Versorgungszentrum Peters & Kollegen (MVZ). Не забудьте взять с собой на первичную консультацию с г-жой Аистов-Шеслер (Frau Aistow-Schesler) прилагаемый стартовый пакет (информация о пациенте, форма согласия и сведения о семейном анамнезе).

Постарайтесь внести как можно больше информации. В семейном анамнезе запрашивается информация, которая важна для лечения или диагностики. Таким образом, госпожа Аистов-Шеслер сможет в ходе консультации обратиться к истории болезни и уделить больше времени необходимым рекомендациям и разъяснениям.

На первичную консультацию вам необходимо принести перечисленные ниже документы:

- Страховая карточка ребенка
- Стартовый пакет
- Желтая книжка („Gelbes Untersuchungsheft“)
- Все школьные характеристики
- Если есть, письма от текущего врача, сведения о развитии (детский сад / школа / группа продленного дня) или заключения о ранее проведенном лечении (например, логопедия, эрготерапия, психотерапия)

Родители или хотя бы одно лицо, осуществляющее опеку, должны присутствовать на первичной консультации. Если вы недостаточно владеете немецким языком, пригласите с собой человека, который сможет для вас переводить (например, родственника или домашнего помощника).

Если у вас возникли вопросы, вы всегда можете связаться с нами по телефону: 030/33309256.

С уважением,

Ваша команда MVZ

Информация для пациентов

А) ЗАЩИТА ДАННЫХ

Уважаемые пациенты и уважаемые родители,

вопрос о защите ваших персональных данных очень важен для нас. В соответствии с Общим регламентом ЕС по защите данных (GDPR) мы обязаны информировать вас о целях, для которых наша организация собирает, хранит и пересылает данные. Мы также информируем о ваших правах.

1. Ответственность за обработку данных

Лицом, ответственным за обработку данных, является:

Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) Peters & Kollegen
Irina Peters
Mühlenstraße 17
12247 Berlin

2. Цель обработки данных

Обработка данных осуществляется на основании требований законодательства с целью выполнения договора между вами и вашим врачом о лечении и связанных с ним обязательств. С этой целью мы обрабатываем ваши персональные данные, в частности данные о вашем здоровье. Сюда входят история болезни, диагнозы, рекомендации по терапии и заключения, которые собираем мы или другие врачи. Для этих целей другие врачи или психотерапевты, у которых вы проходите лечение, также могут предоставлять нам данные (например, в письмах врачей). Сбор медицинских данных является необходимым условием для вашего лечения. Если необходимая информация не предоставлена, оказание тщательного лечения может быть затруднительным.

3. У кого еще может быть доступ к вашим данным

Мы передаем ваши личные данные третьим лицам только в том случае, если это разрешено законом или вы дали на это свое согласие. Третьими лицами могут быть, прежде всего, другие врачи / психотерапевты, ассоциации врачей, страховые компании и их медицинские услуги, медицинские ассоциации и частные медицинские центры. Передача данных осуществляется в основном с целью выставления счетов за оказанные вам услуги, для уточнения медицинских вопросов или вопросов, возникающих в связи с вашими страховыми отношениями. В отдельных случаях данные передаются другим уполномоченным лицам.

4. Хранение ваших данных

Мы храним ваши личные данные только до тех пор, пока это необходимо для проведения лечения. В соответствии с требованиями законодательства мы обязаны хранить эти данные в течение как минимум 10 лет после завершения лечения.

5. Ваши права

Вы имеете право на доступ к информации о персональных данных, касающихся вас. Вы также можете запросить исправление неверных данных. Кроме того, при определенных условиях у вас есть право на удаление данных, на ограничение обработки данных и на возможность переноса данных. Обработка ваших данных осуществляется на основании правовых норм. Только в исключительных случаях нам требуется ваше согласие. В этих случаях вы имеете право отозвать свое согласие на обработку информации в будущем.

Вы также имеете право подать жалобу в компетентный надзорный орган по защите данных, если считаете, что обработка ваших персональных данных не является законной.

Адрес контролирующего органа, ответственного за нашу организацию:

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

6. Правовая основа

Правовой основой для обработки ваших данных является статья 9(2)(h) DSGVO в сочетании с § 22(1)(1)(b) Федерального закона о защите данных (Bundesdatenschutzgesetz). Если у вас есть какие-либо вопросы, пожалуйста, не стесняйтесь обращаться к нам.

В) ВИД СТРАХОВАНИЯ

Название страховой компании: _____

Платательщик по счетам: _____

Адрес выставления счета: _____

С) ПОСЕЩЕНИЕ MVZ

Настоящим вы можете дать нам разрешение на самостоятельный выход вашего ребенка из клиники после приема.

Разрешается ли вашему ребенку уходить из центра одному?

- ДА
- НЕТ

Д) Обязанность отправки отчета согласно ЕВМ 2.1.4 врачу общей практики/педиатру

Пожалуйста, подтвердите своей подписью выбранное вами правило:

У меня нет врача общей практики/ педиатра.

Я сообщу вам, если мне понадобится отчет.

Я не желаю получать отчет для педиатра/врача общей практики.

Е) ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА СОХРАНЕНИЯ ТАЙНЫ

Настоящим я освобождаю Медицинский центр (MVZ) Питерс и коллег от обязательства сохранять тайну в отношении следующих лиц/учреждений (например, школа, органы власти):

Подписавшийся(ая) настоящим выражает свое согласие с тем, что подписью освобождает сотрудников MVZ Peters и коллег от обязанности сохранять конфиденциальность в соответствии с §203 Уголовного кодекса Германии (StGB) и другими соответствующими положениями законов о защите данных, в рамках внутреннего сотрудничества, в той мере, в какой это необходимо для надлежащего выполнения медицинского лечения, ухода или других услуг.

Я принял(а) к сведению всю информацию о защите данных и о посещении MVZ и согласен(сна) с изложенными условиями.

Берлин, _____ (Дата)

Подпись родителей _____

При совместном опекунстве, пожалуйста, подпишитесь оба опекуна.

Anamnesebogen

Bitte lesen Sie die Fragen zur Entwicklung, zum Verhalten und zur allgemeinen Lebenssituation Ihres Kindes / Ihrer/s 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 _____

Kindergarten / Schule _____ Klasse (falls zutreffend) _____

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

Kind / Jugendliche lebt bei: Eltern Mutter Vater Heim/WG Andere/r/s: _____

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) _____

Nimmt 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)

 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)

 Telefon- und Mobilnummer / Erreichbarkeit Beruf

- Vollzeit Teilzeit arbeitssuchend Hausmann

 Psychische und/ oder körperliche Erkrankungen

IV. Angaben zu Geschwistern (G), Halbgeschwistern (HG), Stiefgeschwistern (SG) (falls vorhanden)

- Wie viele Geschwister (auch Halb-/Stiefgeschwister) leben mit im Haushalt? _____

Name, Vorname	Alter	Körperliche / psychische Probleme	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> HG <input type="checkbox"/> SG
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> HG <input type="checkbox"/> SG
Name, Vorname	Alter	Körperliche / psychische Probleme	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> HG <input type="checkbox"/> SG
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> HG <input type="checkbox"/> SG
Name, Vorname	Alter	Körperliche / psychische Probleme	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> HG <input type="checkbox"/> SG
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> HG <input type="checkbox"/> SG

V. Vorgeschichte

a) Geburt

- Alter der Mutter bei Geburt: _____ Jahre
- Geplante Schwangerschaft: nein ja
- Kinderwunschbehandlung: nein ja
- Schwangerschaftskomplikation nein ja, welche:

Diese Angaben finden Sie im gelben Untersuchungsheft:

Geburtsgewicht: _____ Geburtslänge: _____
 Kopfumfang: _____ Dauer der Geburt: _____
 Geburt in der Schwangerschaftswoche: _____
 Komplikationen bei oder kurz nach der Geburt:
 nein ja, beim Kind: _____
 ja, bei der Mutter: _____
 Geburtsmodus:
 Spontangeburt Zangen- geburt Not-Kaiserschnitt
 Vakuumentraktion Geplanter Kaiserschnitt

Haben Sie als Mutter/Vater die Schwangerschaft als belastend erlebt?

Körperlich: gar nicht 1 2 3 4 5 sehr belastend

Psychisch: gar nicht 1 2 3 4 5 sehr belastend

b) Entwicklung im Kleinkindalter

- Freies Sitzen mit _____ Monaten
- Laufen mit _____ Monaten
- Erste Worte mit _____ Monaten
- Erste Sätze mit _____ Monaten
- Tags trocken mit _____ Monaten
- Nachts trocken mit _____ Monaten

Gab es Auffälligkeiten in den ersten Lebensjahren (z.B. Unruhe, beim Essen, in sozialen Kontakten, im Schlafverhalten)?

nein
 ja, diese: _____

c) Vorschulische Entwicklung

Besuch Krippe nein ja

Besuch Kindergarten nein ja

- Wie ist / war das Verhalten in Krippe / Kindergarten? unauffällig es gibt / gab Schwierigkeiten, weil:

d) Schulische Entwicklung

- Wann wurde Ihr Kind eingeschult? _____
- Schulart? _____
- Gab/ 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/Herr _____ 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 GOP¹ mit dem 3,5-fachen Satz** Rechnung gestellt und durch mich bei meiner o.a. privaten Krankenversicherung abgerechnet. Die Psychiatriekosten werden mir gemäß **GOÄ²** 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 GOP¹ 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 **GOÄ²** 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 Behandlungskosten selbst zahlen.

Die Psychotherapiekosten werden mir durch die Praxis **gemäß GOP¹ mit dem 3,5-fachen Satz** in Rechnung gestellt. Die Psychiatriekosten werden mir gemäß **GOÄ²** in der Regel bis zum 2,3-fachen Satz, unter berechtigten Voraussetzungen auch bis zum 3,5-fachen Satz, in Rechnung gestellt.





Die Behandlungskosten 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. 2³ oder 3⁴ 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)