

## Sevgili Hasta, Sevgili Ebeveynler,

Çok yakında sizleri Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) Peters & Kollegen'de ağırlamayı dört gözle bekliyoruz. Çocuk psikiyatristi Bayan Aistow-Schesler ile ilk konsültasyonunuz için, ekteki başlangıç paketini (hasta bilgileri, rıza beyanı ve aile öyküsü) doldurulmuş olarak getirmeniz gerekli ve önemlidir.

Lütfen mümkün olduğunca fazla bilgi girmeye çalışınız. Aile öyküsünde (anamnez), tedavi veya tanı için doğrudan önemli olan bilgiler istenir. Bayan Aistow-Schesler böylece danışma esnasında tıbbi geçmişe atıfta bulunabilir ve örneğin danışmanlık ve bilgi vermeye deha fazla zaman ayırabilir.

### Randevunun gerçekleşmesi için lütfen aşağıdakileri belgeleri ilk konsültasyona getiriniz:

- Çocuğun sigorta kartı
- Başlangıç Paketi
- Sarı Sınav Kitapçığı
- Tüm okul raporları
- Varsa, mevcut doktor mektupları, gelişim raporları (örn. anaokulu / okul / okul sonrası bakım) veya önceki tedavilerin raporları (örn. psikoterapi, mesleki terapi, konuşma terapisi)

**Ebeveynler veya velayeti olan en az bir kişi (vasi) ilk görüşme için hazır bulunmalıdır. Almanca ile ilgili sorunlarınız varsa, sizin için çeviri yapabilecek bir kişi getiriniz (örn. aile yardımcısı, akrabalar).**

Herhangi bir sorunuz olması halinde bize telefonla ulaşabilirsiniz: 030/33309256.

Saygılarımızla,

MVZ ekibiniz

## Hasta bilgileri

### A) VERİ KORUMASI

Sevgili Hasta, Sevgili Ebeveynler,

Kişisel verilerinizin korunması bizim için önemlidir. AB Genel Veri Koruma Yönetmeliği'ne (GDPR) göre, uygulamamızın verileri toplama, depolama veya iletme amacı hakkında sizleri bilgilendirmekle yükümlüyük. Buna ek olarak hangi haklara sahip olduğunuzu da öğrenebilirsiniz.

#### 1. Veri işleme sorumluluğu

**Veri işlemeden sorumlu olanlar:**

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

#### 2. Veri işleminin amacı

Veri işleme, sizinle doktorunuz arasındaki tedavi sözleşmesini ve ilgili yükümlülükleri yerine getirmek için yasal gereklilikler temelinde gerçekleşir. Bu amaçla başta sağlık verileriniz olmak üzere kişisel verilerinizi işlemekteyiz. Bu veriler anamnez, teşhisler, tedavi önerileri ve bizim veya diğer doktorların topladığı bulguları içerir. Bu amaç doğrultusunda, tedavi gördüğünüz diğer doktor veya psikoterapistler de bizimle veri paylaşabilir (örn. doktor mektupları). Sağlık verilerinin toplanması, tedaviniz için bir ön koşuldur. Gerekli bilgiler verilmediği takdirde dikkatli tedavi yapılamaz.

#### 3. Verilerinizin alıcıları

Kişisel verilerinizi üçüncü taraflara yalnızca yasaların izin verdiği veya onay verdiğiniz durumlarda aktarırız. Kişisel verilerinizin alıcıları, her şeyden önce, diğer doktorlar / psikoterapistler, yasal sağlık sigortası hekimlerinin dernekleri, sağlık sigortası şirketleri, Sağlık Sigortası Tıbbi Hizmeti, tıp dernekleri ve özel tıbbi fatura ofisleri olabilir. Bu iletim, esas olarak size sağlanan hizmetlerin faturalandırılması, tıbbi ve sigorta ilişkinizden kaynaklanan soruların açıklığa kavuşturulması amacıyla gerçekleştirilir. Münferit durumlarda, veriler diğer yetkili alıcılara iletilir.

#### 4. Verilerinizin depolanması

Kişisel verilerinizi yalnızca tedaviyi gerçekleştirmek için gerekli olduğu sürece saklayacağız. Yasal gereklilikler nedeniyle, bu verileri tedavinin tamamlanmasından sonra en az 10 yıl boyunca saklamakla yükümlüyük.

#### 5. Haklarınız

Sizinle ilgili kişisel veriler hakkında bilgi edinme hakkına sahipsiniz. Yanlış verilerin düzeltilmesini talep edebilirsiniz. Ayrıca, belirli koşullar altında, verileri silme, veri işlemeyi kısıtlama hakkı ve veri taşınabilirliği hakkına sahipsiniz. Verilerinizin işlenmesi yasal düzenlemelere dayanarak gerçekleşir. Onayınıza sadece istisnai durumlarda ihtiyacımız vardır. Bu gibi durumlarda, gelecekteki işlemler için onayınızı geri çekme hakkına sahipsiniz.

Ayrıca, kişisel verilerinizin işlenmesinin yasal olmadığını düşünüyorsanız, veri koruma konusunda yetkili denetim otoritesine şikayette bulunma hakkına da sahipsiniz.

**Bizden sorumlu denetim otoritesinin adresi:**

Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin  
Postfach 31 09 29

10639 Berlin  
Tel.: (030) 90229-0

## 6. Yasal dayanak

Verilerinizin işlenmesinin yasal dayanağı, Federal Veri Koruma Yasası'nın (Bundesdatenschutzgesetz 22(1)(1)(b) Bölümü ile bağlantılı olarak GDPR Madde 9 (2)(h)'dir. Herhangi bir sorunuz varsa, bizimle iletişime geçmekten lütfen çekinmeyiniz.

### B) SİGORTA TÜRÜ

Sigortanın adı: \_\_\_\_\_

Fatura ödeyen: \_\_\_\_\_

Hesap adresi: \_\_\_\_\_

### C) MVZ ZİYARETİ

İşbu belgeyle, çocuğunuzun bir randevudan sonra muayenehaneden bağımsız olarak ayrılması için bize izin verebilirsiniz.

**Çocuğunuz muayenehaneden yalnız ayrılabilir mi?**

- EVET  
 HAYIR

### D) EBM 2.1.4 kapsamında aile hekimine/pediatriste raporlama yükümlülüğü

Lütfen tercih ettiğiniz düzenlemeyi imzanızla onaylayınız:

Aile hekimim/pediatristim yoktur.

Bir rapor istediğimde sizi bilgilendireceğim.

Aile hekimime/pediatriste rapor gönderilmesini istemiyorum

### E) GİZLİLİK YÜKÜMLÜLÜĞÜNDEN MUAFİYET

Bu belge ile Peters ve Meslektaşları Medikal Hizmet Merkezi'ni aşağıdaki kişi/kurumlara (örneğin okul, resmi daireler) karşı gizlilik yükümlülüğünden muaf tutuyorum:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**İmzalayan, imzası ile, tıbbi tedavi, bakım veya diğer hizmetlerin düzgün bir şekilde yürütülmesi için gerekli olduğu ölçüde, MVZ Peters ve meslektaşlarının çalışanlarına, §203 Alman Ceza Kanunu (StGB) ve diğer ilgili veri koruma yasaları çerçevesinde gizlilik yükümlülüğünden feragat etmeyi açıkça kabul etmektedir.**

**Veri koruma ve MVZ'yi ziyaret etme ile ilgili tüm bilgileri not aldım ve yukarıda belirtilen koşulları kabul ediyorum.**

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

Velilerin imzası \_\_\_\_\_

Velilerin imzası \_\_\_\_\_

Ortak velayet durumunda, lütfen her iki velayet sahibi de imzalsın.

# 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
---------------	-------	-----------------------------------	--

---

Name, Vorname	Alter	Körperliche / psychische Probleme	<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
---------------	-------	-----------------------------------	--

**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  Zangengeburt  Not-Kaiserschnitt  
 Vakuumextraktion  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/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 Behandlungskosten 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.




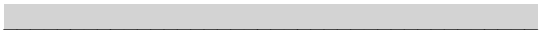
Die Behandlungskosten werden von folgendem Kostenträger übernommen: \_\_\_\_\_

**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. 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)