

Praxis für Kinder- und Jugendlichepsychotherapie

Janna Alexiadis-Kati (Praxisinhaberin)

- Veronika Mayr (Monheim)

- Anna Marx (Treuchtlingen)

Kinder- und Jugendpsychotherapeutin

○ Kinder- und Jugendpsychotherapeutenpraxis Monheim
Marktplatz 15
86653 Monheim

○ Kinder- und Jugendpsychotherapeutenpraxis Treuchtlingen
Friedrich-Ebert-Straße 6
91757 Treuchtlingen

Patienteninformation:

Im Rahmen einer Praxis für Kinder- und Jugendpsychotherapie ist es unerlässlich, sämtliche formellen Dokumente vorschriftsgemäß und strukturiert zu führen.

Die Formulare dienen als Basisdokumente zur Einhaltung gesetzlicher Vorgaben, zum Schutz der Patient*innen und deren Bezugspersonen sowie zur Sicherstellung eines professionellen Behandlungssettings.

Bitte lesen Sie untenstehende Informationen aufmerksam durch.

- Drucken Sie die nachfolgenden Dokumente aus und bringen Sie diese sorgfältig ausgefüllt zum Erstgespräch mit.
 - *Patientenbogen*
 - *Anamnesebogen*
 - *Schweigepflichtsentbindung*
 - *Datenschutzerklärung*
 - *Zustimmung Sorgeberechtigte(r) zur Therapie*
 - *Einverständniserklärung zum Verlassen der Praxis*
 - *Informationsblatt zur Psychotherapie*
- Ausschließlich für Privatpatienten zusätzlich:
 - *Therapievertrag*
- Bitte beachten Sie entsprechende Hinweise auf den einzelnen Dokumenten.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

1. PATIENTENBOGEN

Angaben zum/r Patienten/in:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse (Straße, PLZ, Ort)

Telefon/Handy

Versichert über Vater/Mutter, Krankenkasse

Aktuell in Kindergarten / Schule mit Angabe zur Klasse / Ausbildungsstelle

Kinderarzt/Hausarzt (Adresse, Telefonnummer)

Patient/in lebt bei:

☐ beide Eltern ☐ leibliche Mutter ☐ leiblicher Vater

☐ Ersatzmutter ☐ Ersatzvater

☐ Sonstige: _____

Sorgerecht:

☐ beide Eltern ☐ leibliche Mutter ☐ leiblicher Vater

☐ Sonstige: _____

Angaben zu den Eltern:

Name der Mutter/Ersatzmutter, Geburtsdatum

Adresse (falls abweichend)

Telefon/Handy

Erlerner Beruf

aktuell berufstätig als

E-Mailadresse

Name des Vaters/Ersatzvaters, Geburtsdatum

Adresse (falls abweichend)

Telefon/Handy

Erlerner Beruf

aktuell berufstätig als

E-Mailadresse

Angabe zu Geschwistern:

Name:

Geburtsdatum:

Schulbildung:

Bogen ausgefüllt von:

☐ Mutter ☐ Vater ☐ Sonstige Erziehungsberechtigte: _____

2. ANAMNESEFRAGEBOGEN

Patienteninformation:

Dieser Anamnesebogen ist speziell für die Therapie mit Kindern und Jugendlichen gedacht. Er dient dazu, einen umfassenden Eindruck von der Problematik Ihres Kindes, seiner Entwicklungsgeschichte sowie seinem lebensgeschichtlichen Hintergrund zu vermitteln. Fragebögen dieser Art sind notwendig, um möglichst gründlich an den jeweiligen Problemen der jungen Patient*innen arbeiten zu können. Indem Sie die nachfolgenden Fragen so vollständig und genau wie möglich beantworten erleichtern Sie uns den Verlauf der Therapie.

Wenn Sie eine Frage nicht beantworten können/wollen, schreiben Sie bitte:
„Möchte ich nicht beantworten.“

Persönliche Angaben zum Kind:

- Name des Kindes/Jugendlichen: _____
- Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers
- Geburtsdatum: _____
- Alter: _____ Jahre
- Geburtsort: _____
- Adresse: _____
- Telefonnummer der Eltern/Sorgeberechtigten (mobil, privat, Arbeit):

- Lebensumstände des Kindes/der Familie:
 - *Eigenes Haus* ○ *Gemietetes Haus* ○ *Eigene Wohnung* ○ *Mietwohnung*
 - *Sonstiges:* _____

- Mit wem lebt das Kind derzeit zusammen?
(bitte führen Sie alle Personen auf und geben den Verwandtschaftsgrad, sowie das Alter an, z.B. Mutter/36, Schwester/8)

(1)	
(2)	
(3)	
(4)	
(5)	

Angaben zur frühkindlichen und vorschulischen Entwicklung:

- Verlauf der Schwangerschaft:
 - Ohne Probleme
 - Körperliche Besonderheiten: _____
 - Familiäre/emotionale Belastungen: _____
- Verlauf der Geburt:
 - Ohne Probleme
 - Besondere Vorkommnisse: _____
- APGAR-Werte (falls erreichbar): _____

- Besonderheiten der frühkindlichen Entwicklung (Schlaf, Essen, Aktivität):

- Hatte Ihr Kind eine Krabbelphase? In welchem Alter und wie lange?

- In welchem Alter konnte Ihr Kind frei laufen? _____

- In welchem Alter sprach Ihr Kind die ersten Worte/Sätze? _____

- Wann konnten Sie die Windeln weglassen (tagsüber und nachts)?

- Besonderheiten bei den Vorsorgeuntersuchungen?

- Sonstige Besonderheiten?

- Wann besuchte Ihr Kind die Krippe/ den Kindergarten?

- Gab es Probleme bei der Eingewöhnung?
Sonstige Besonderheiten/Auffälligkeiten im Kindergarten?

Angaben zur schulischen Entwicklung /Ausbildung:

- Einschulung
 - *vorzeitig* ○ *normal* ○ *verspätet* *Alter bei Einschulung:* _____

- Probleme bei der Einschulung? _____

- Schulische Entwicklung:

Klasse	Schule	Schulart	Jahre in der Schule?	Verlauf, z.B. Wiederholungen, etc.

- Geht das Kind gerne in die Schule? _____

- Stärken und Schwächen in der Schule:

- Wie kommt das Kind mit seinen Lehrern zurecht?

- Wie ist der Kontakt zu den Mitschüler*innen?

- Wie erledigt das Kind seine Hausaufgaben?

- Wie kommen Sie mit den Lehrern des Kindes zurecht?

Angaben zur Gesundheit/Körper des Kindes:

- Welche Krankheiten hatte das Kind?

- Gab es Operationen?

- Unfälle (mit bleibenden Schäden/Beeinträchtigungen)?

•

- Momentane Krankheiten/gesundheitliche Beeinträchtigungen?

- Wie schätzen Sie den allgemeinen Gesundheitszustand des Kindes ein?

○ *sehr robust* ○ *robust* ○ *weder noch* ○ *krankheitsanfällig* ○ *sehr krankheitsanfällig*

- Besteht zur Zeit eine ärztliche/psychologische Behandlung?

falls ja, bei wem? _____

- Nimmt Ihr Kind regelmäßig/unregelmäßig Medikamente? (bitte alles angeben) (Name, Dosis, seit wann, welcher Arzt oder selbstverordnet)

Angaben zur Persönlichkeit des Kindes:

Bitte unterstreichen Sie alle der nachfolgenden Eigenschaften, die (Ihrem Gefühl nach) auf das Kind zutreffen:

humorvoll	ernst	Gruppenmensch	gefühlbetont
eigensinnig	heiter	wortgewandt	offen
sensibel/feinfühlig	unzufrieden	bestimmend	misstrauisch
überempfindlich	selbstunsicher	geltungsbedürftig	deprimiert
rücksichtsvoll	nervös	einfallreich/kreativ	zielstrebig
hilfsbereit	ausgeglichen	intelligent	unschlüssig
realistisch	verkrampft	aufgeschlossen	verschlossen
verträumt	ängstlich	wissbegierig	sympathisch
sportlich	ruhelos/getrieben	viele Interessen	einsam
ehrlich	hektisch	besonnen	kontaktfreudig
träge/bequem/faul	energisch	unselbstständig	gibt schnell auf
zuverlässig	ohne Energie	abhängig von anderen Meinungen	ehrgeizig
unzuverlässig	fühlt sich ungeliebt	gewissenhaft	zu dick
versöhnlich	optimistisch	pflichtbewusst	zu dünn
vernünftig/rational	pessimistisch	überzeugt von sich	zurückhaltend
tolerant	Einzelgänger	beharrlich	keine Selbstkontrolle
attraktiv	keine Freunde	ausdauernd	lebhaft
unattraktiv	aggressiv	überstürzt/voreilig	willensstark
bescheiden	voller Hass	zurückgezogen	missverstanden

Ergänzen Sie hier bitte Ihre Selbstbeschreibung des Kindes
(falls in der obigen Liste wichtige Begriffe, die Ihr Kind beschreiben fehlen):

- Wie schätzen Sie die Intelligenz Ihres Kindes ein?
 - ☐ *unterdurchschnittlich*
 - ☐ *unterer Durchschnitt*
 - ☐ *durchschnittlich*
 - ☐ *oberer Durchschnitt*
 - ☐ *überdurchschnittlich*

- Besondere Ängste des Kindes?

- Außergewöhnlich belastende Ereignisse/Erlebnisse im Leben des Kindes?

Angaben zur Freizeit und dem Sozialbereich des Kindes:

- In seiner Freizeit macht das Kind am liebsten?

- Sportliche Neigungen des Kindes?

- Wer sind die wichtigsten Personen für Ihr Kind? (z.B. Freunde, Bekannte), mit denen es regelmäßige Kontakte pflegt?

- Sind Sie mit der Art, dem Ausmaß und der Anzahl der freundschaftlichen Kontakte Ihres Kindes zufrieden bzw. was würden Sie gerne ändern?

Angaben zu Eltern und Geschwistern:

	<i>Name</i>	<i>Alter</i>	<i>Beruf (gelernt)</i>	<i>aktuelle Tätigkeit</i>
Mutter				
Vater				

Geschwister (einschließlich des Kindes)

	<i>Name</i>	<i>Alter</i>	<i>Kindergarten/Schule mit Klasse/ Ausbildung etc.</i>
Kind 1			
Kind 2			
Kind 3			
Kind 4			

- Wie ist das Verhältnis der Kinder untereinander?

- Von wem wird das Kind hauptsächlich erzogen?

- Sind die Eltern getrennt? Wenn ja, wie alt war das Kind?

- Wie ist der Kontakt/das Verhältnis des Kindes zum getrenntlebenden Elternteil?

- Falls das Kind Stiefeltern hat, wie alt war das Kind, als der neue Partner/ die neue Partnerin in die Familie kam? _____
- Wie ist das Verhältnis des Kindes zum neuen Partner/ zur neuen Partnerin?

- Falls das Kind nicht immer bei den Eltern aufgewachsen ist; von wem wurde es während welchen Zeitraums erzogen? _____
- Leidet oder litt irgendjemand in Ihrer Familie an Depressionen, Angststörungen, Suchterkrankungen oder an etwas anderem, was als „psychische Problematik oder Störung“ bezeichnet werden kann? (bitte beschreiben)

Angaben zur Ehe/Partnerschaft der Eltern:

- Wie glücklich schätzen Sie zum jetzigen Zeitpunkt Ihre Beziehung ein?
☐ *sehr glücklich* ☐ *glücklich* ☐ *weder noch glücklich* ☐ *unglücklich* ☐ *sehr unglücklich*
- In welchen Bereichen besteht Übereinstimmung?

- In welchen Bereichen bestehen Gegensätze?

Angaben zur derzeitige Familiensituation:

- Gibt es Probleme in der Familie bezüglich folgender Themen (bitte ankreuzen):

☐ <i>Erziehung</i>	☐ <i>Verwandtschaft</i>	☐ <i>Haushalt</i>	☐ <i>Freizeit</i>
☐ <i>Geld</i>	☐ <i>Religion</i>	☐ <i>Beruf</i>	☐ <i>Gleichberechtigung</i>
☐ <i>Freunde/ Bekannte</i>	☐ <i>Kommunikation</i>	☐ <i>Sexualität</i>	☐ _____
- Wie beurteilen Sie Ihre Familie? (kreuzen Sie an, was ihrer Meinung nach zutrifft)

☐ <i>hektisch</i>	☐ <i>gleichberechtigt</i>	☐ <i>hektisch</i>	☐ <i>abwechslungsreich</i>
☐ <i>aktiv</i>	☐ <i>harmonisch</i>	☐ <i>gemeinsam</i>	☐ <i>immer das Gleiche</i>
☐ <i>passiv</i>	☐ <i>jeder für sich</i>	☐ <i>zerstritten</i>	☐ <i>eine(r) bestimmt</i>
☐ <i>ruhig</i>	☐ <i>voller Spannung</i>	☐ <i>herzlich</i>	☐ _____

Problembezogene Angabe:

Beschreiben Sie kurz in eigenen Worten die Art der wichtigsten Probleme, weswegen Sie mit Ihrem Kind die Praxis aufsuchen:

Unterstreichen Sie wenn möglich das Hauptproblem.

Bitte schätzen Sie ein, für wie schwerwiegend Sie die Probleme halten:

- ☐ leicht störend ☐ mittelschwer ☐ sehr schwer ☐ extrem schwer ☐ unerträglich

Geben Sie eine kurze Auskunft bezüglich der Geschichte und der Entwicklung der Problematik (vom Zeitpunkt des Einsetzens bis heute)

- Welche Vermutungen haben Sie, worauf die Probleme zurückzuführen sind?

- Unter welchen Bedingungen treten die Probleme besonders stark auf?
(Wann/Wo/Anwesenheit welcher Personen)

- Unter welchen Bedingungen treten die Probleme nicht/schwächer auf?

- Wie reagieren Sie selbst auf die Probleme des Kindes?

- Wie reagieren andere Personen auf die Probleme des Kindes?
(z.B. Partner, Geschwister, Großeltern, andere Kinder, etc.)

- Welche Verhaltensweisen sollten Ihrer Meinung nach seltener/häufiger auftreten?

- Welche Gefühle Ihres Kindes sollten sich Ihrer Meinung nach ändern?

- Welche Versuche haben Sie bisher unternommen, die Probleme „zu beheben“?

- Haben Sie bereits Personen um Rat gefragt? Welche Empfehlungen gab es?

- Glauben Sie, dass andere Personen in der Umgebung Ihres Kindes durch dessen Probleme irgendwelche Vor- oder Nachteile haben?

- Welche Dinge wären beim Kind wieder möglich, wenn es die Probleme nicht hätte?

- Welchen unangenehmen Anforderungen braucht sich das Kind aufgrund der momentanen Probleme nicht zu stellen?

Therapieerwartungen:

- Von wem wurden Sie überwiesen oder bekamen den Rat, psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen?

- Was erwarten Sie sich von der Therapie?

- Wie lange soll die Therapie dauern?

- Haben Sie bereits Erfahrungen mit anderen Therapeuten (Beratern, Ärzten)?
 - nein
 - ja, und zwar: _____

Vielen Dank für die Beantwortung.

3. Schweigepflichtsentbindung

Als Sorgeberechtigte/r des Kindes _____

geboren am _____

entbinde/n ich/wir hiermit die Mitarbeiter/innen der Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Janna Alexiadis-Kati in Monheim (Marktplatz 15, 86653 Monheim) und Treuchtlingen (Friedrich-Ebert-Str. 6, 91757 Treuchtlingen) von der gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen und Institutionen:

Bitte ankreuzen und Namen einfügen:

☐ Kinderarzt/ärztin Herrn / Frau Dr. _____

☐ Hausarzt/ärztin Herrn / Frau Dr. _____

☐ Kinder- und Jugendlichenpsychiater/in Herrn / Frau Dr. _____

☐ sonstige Ärzte/Ärztinnen _____

☐ Klinik / Krankenhaus _____

☐ Schule/ Lehrer/in Herrn / Frau _____

☐ Kindergarten / Erzieher/in Herrn / Frau _____

☐ Schulpsychologischer Dienst / Beratungslehrer _____

☐ Jugendamt _____

☐ sonstige Personen _____

damit die Mitarbeiter/innen

- zum einen Vorinformationen und Berichte **anfordern** und von den oben angekreuzten Stellen **erhalten darf**
- zum anderen an die genannten Stellen entsprechende **Informationen** und Berichte **weitergeben darf**, soweit dies für die psychotherapeutische Behandlung notwendig ist.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Datum, Ort

Unterschrift Sorgeberechtigte/r, Patient (volljährig)

4. Datenschutzerklärung

Der Schutz Ihrer Daten ist uns besonders wichtig!

Daher möchten wir Sie bitten uns in diesem Formular mitzuteilen, auf welchen Wegen wir Sie kontaktieren und Daten an Sie übertragen dürfen. Bitte bedenken Sie, dass es leider keinen 100%ig sicheren Weg der Datenübermittlung gibt. Wir tun in unserer Praxis alles uns mögliche, jegliche Patientendaten vor dem Zugriff Dritter zu sichern.

Hiermit stimme ich zu, dass ich auf folgenden Wegen kontaktiert werden darf und mir Daten übermittelt werden dürfen:

- ☐ Anruf auf das Festnetz: _____
- ☐ Anruf auf das Handy: _____
- ☐ Sprachnachricht auf den Anrufbeantworter
- ☐ Sprachnachricht auf die Mailbox
- ☐ E-Mail: _____
- ☐ SMS
- ☐ Fax: _____
- ☐ Postweg

Ich bin mir der Gefahren, die bei der jeweiligen Datenübermittlung entstehen können bewusst. Die im Wartebereich ausliegenden, weiteren datenschutzrechtlichen Informationen habe ich zur Kenntnis genommen.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Datum, Ort

Unterschrift Sorgeberechtigte/r, Patient (volljährig)

5. Zustimmung zur Therapie

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

- ☐ Ich habe das alleinige Sorgerecht.
- ☐ Wir haben das gemeinsame Sorgerecht.

Als Sorgeberechtigte/r des Kindes _____

geboren am _____

bin ich damit einverstanden, dass meine Tochter/mein Sohn sich in therapeutische Behandlung bei der ausgewählten Therapeutin in der Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Monheim oder Treuchtlingen begibt.

Datum, Ort

Unterschrift des Sorgeberechtigten

Unterschrift des Sorgeberechtigten

Anmerkung:

Ohne die Unterschrift beider sorgeberechtigter Elternteile kann eine Behandlung Ihres Kindes leider nicht stattfinden.

6. Einverständniserklärung Bewegungsangebot

Hiermit erkläre ich,

Name, Vorname

Adresse

Telefonnummer

Name, Vorname

Adresse

Telefonnummer

mich als Sorgeberechtigte(r) einverstanden, dass mein Kind

Name, Vorname

im Rahmen der Psychotherapiestunde die Praxis verlassen darf, um gemeinsam mit der Therapeutin oder anderweitig an der Stunde teilnehmenden Fachkräften oder Personen (z.B. Praktikanten, Aushilfen u.Ä.) ein Bewegungsangebot durchzuführen, falls dies für die Therapie förderlich erscheint.

Datum, Ort _____

Unterschrift Therapeut

Unterschrift Patient

Unterschrift Sorgeberechtigter

Unterschrift Sorgeberechtigter

7. Informationsblatt zur Psychotherapie

Verhaltenstherapie

- Zu Beginn stehen uns einige wenige sogenannte **probatorische Sitzungen** zur Verfügung, innerhalb dieser wir uns kennenlernen können und die Diagnostik stattfindet. Es ist hilfreich sich nach ca. 5 Sitzungen gemeinsam zu entscheiden, ob ein **Antrag auf Psychotherapie** bei der zuständigen Krankenkasse gestellt wird. Die Genehmigung der Psychotherapie dauert in der Regel ab Antragsstellung 4-6 Wochen. Dafür benötigen wir den sogenannten Konsiliarbericht Ihres Haus- oder Kinderarztes und Ihre Unterschrift auf dem Antragsformular.
- Eine **Therapiestunde dauert 50 Minuten**. Bitte kommen Sie pünktlich zum vereinbarten Termin und bitte holen Sie ihr Kind bei Stunden ohne die Bezugspersonen auch wieder pünktlich ab.
- Vereinbarte Stunde bitte ich Sie **mindestens 24 Stunden** vor dem vereinbarten Termin abzusagen, damit ich die Therapietermine gut koordinieren kann und unter Umständen den frei gewordenen Termin für „Notfälle“ nutzen kann.
- Sollte es mehrfach vorkommen, dass Termin von Ihnen sehr kurzfristig oder gar nicht abgesagt werden, sehen wir uns gezwungen Ihnen eine **Ausfallszahlung i.H.v. 70€** in Rechnung zu stellen. Diese Zahlung darf der Kasse (lt. Handesgesetzbuch §615/I) nicht in Rechnung gestellt werden, sondern ist von Ihnen persönlich zu leisten.

Psychotherapie ist kein Krisen- oder Notfalldienst! Daher sind wir in den Abendstunden, Nachts und am Wochenende nicht zu erreichen. Innerhalb dieser Zeiten wenden Sie sich bitte an folgende Stellen:

- **In Notfällen: 112**
- **Krisendienst Mittelfranken: Tel. 0911 4248550**
- **Ärztlicher Bereitschaftsdienst: Tel. 116 117**

- **KJP Neuburg: Tel. 08431 544000**
- **KJP Ansbach: Tel. 0981 46531820**
- **KJP Nürnberg: Tel. 0911 3982800**
- **KJP Augsburg: Tel: 0821 24120**
- **KJP Nördlingen (Außenstelle Augsburg): Tel: 09081 2901390**

- **Telefonseelsorge: Tel. 0800-1110111 (www.telefonseelsorge.de)**
- **www.youth-life-line.de**(Online-Beratungsstelle von Jugendlichen für Jugendliche)

Im Rahmen der berufstätlichen Wochenzeiten sind wir sehr gerne für Sie da und rufen Sie zeitnah zurück.

- Das **Therapieende** ist üblicherweise eine gemeinsame Entscheidung von Patient und Therapeut und wird dann der Kasse mitgeteilt. Sollten Sie die Behandlung vorzeitig beenden wollen, hat sich als wichtig herausgestellt, die Gründe dafür in Ruhe zu klären.
- Bitte sprechen Sie auch sonst alle Sorgen und Nöte bzgl. der Therapie direkt bei Ihrer Therapeutin an, so dass es zu keinen Missverständnissen und hinderlichen Differenzen kommt.

Datum, Ort

Unterschrift Sorgeberechtigte/r, Patient (volljährig)

8. Therapievertrag Privatpatienten

Nach ausführlichen Informationen über die Bedingungen einer ambulanten Therapie wird zwischen

Janna Alexiadis-Kati (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin)
Marktplatz 15
86653 Monheim

nachfolgend- Psychotherapeut – genannt

und

Name, Vorname

Adresse

Telefonnummer

Anschrift Krankenkasse oder
Beihilfestelle

Name, Vorname

Adresse

Telefonnummer

Anschrift Krankenkasse oder
Beihilfestelle

als Sorgeberechtigte von

Name, Vorname

Adresse

Telefonnummer

Anschrift Krankenkasse oder
Beihilfestelle

nachfolgend – Patient - genannt

die Durchführung einer ambulanten Psychotherapie vereinbart.

Die Psychotherapie soll gemäß nachfolgender Erklärung des Patienten abgerechnet werden:

- ☐ Ich bin privat versichert - die Psychotherapiekosten werden mir durch den Psychotherapeuten gemäß GOP in Rechnung gestellt und werden durch mich zu Lasten meiner o.a. privaten Krankenversicherung abgerechnet
- ☐ Ich bin beihilfeberechtigt – die Psychotherapiekosten werden mir durch den Psychotherapeuten gemäß GOP in Rechnung gestellt und durch mich mit der entsprechenden Beihilfestelle abgerechnet.
- ☐ Ich möchte die Psychotherapie selbst bezahlen – die Psychotherapiekosten werden mir durch den Psychotherapeuten gemäß GOP in Rechnung gestellt.

Unabhängig von der Erstattung durch Dritte schuldet der Patient das Honorar persönlich in voller Höhe gemäß Rechnungslegung gegenüber dem Psychotherapeuten.

Ort, Datum _____

Unterschrift Therapeut

Unterschrift Patient

Unterschrift Sorgeberechtigter

Unterschrift Sorgeberechtigter

Informationen zur Psychotherapie

Allgemeines

1. Der Psychotherapeut verpflichtet sich, den Patienten nach den qualitativen Standards seines Berufsstandes zu behandeln.
2. Im Verlauf der probatorischen Phase wird nach Klärung der Diagnose die Indikationsstellung für eine Psychotherapie überprüft.
3. Die therapeutischen Sitzungen dauern in der Regel 50 Minuten.
4. Für den maximalen Behandlungsumfang und den Umfang der einzelnen Bewilligungsabschnitte sind für die ambulante Psychotherapie im Rahmen der privaten Krankenversicherung die allgemeinen Versicherungs- und die jeweiligen Tarifbedingungen ausschlaggebend.

Beantragung von Psychotherapie und vorherige somatische Abklärung

1. Ambulante Psychotherapie ist antrags- und genehmigungspflichtig. Antragssteller ist der Patient bzw. die Sorgeberechtigten. Der Psychotherapeut unterstützt den Patienten bzw. die Sorgeberechtigten bei der Antragsstellung durch die fachliche Begründung des Therapieantrages.
2. Zur Beantragung der Therapie hat der Patient bzw. die Sorgeberechtigten auf dem dafür vorgeschriebenen Formular den Konsiliarbericht eines berechtigten Arztes einzuholen und diesen möglichst zeitnah dem Psychotherapeuten zu übergeben. Auch bei selbstzahlenden Patienten muss vor Beginn der regulären Psychotherapie eine somatische Abklärung durch einen dazu berechtigten Arzt erfolgen.

Therapiegenehmigung

Die Versicherungsträger übernehmen die Kosten für eine ambulante Psychotherapie nur ab dem Datum der ausdrücklichen, schriftlichen Genehmigung im genehmigten Umfang. Der Patient bzw. die Sorgeberechtigten erhalten diesbezüglich Mitteilung durch den/die Kostenträger. Für den Fall, dass der Patient bzw. die Sorgeberechtigten einen vorgezogenen Behandlungsbeginn wünschen und den weiteren Fall, dass die Kosten ganz oder anteilig nicht durch den Versicherungsträger erstattet werden, schuldet der Patient bzw. die Sorgeberechtigten dieses Honorar in vollem Umfang persönlich gegenüber dem Psychotherapeuten.

Schweigepflicht des Therapeuten und Verschwiegenheit des Patienten

1. Der Patient bzw. die Sorgeberechtigten entbinden den Psychotherapeuten und ärztliche/psychotherapeutische Vorbehandler und Mitbehandler wechselseitig in gesonderter schriftlicher Erklärung von der Schweigepflicht und stimmt der Einholung weiterer Auskünfte ausdrücklich zu.
2. Der Psychotherapeut ist gegenüber Dritten schweigepflichtig und wird über den Patienten nur mit dessen ausdrücklichem, schriftlichem Einverständnis Auskunft gegenüber Dritten erteilen bzw. einholen. Sollten wichtige Gründe des Patienten dem entgegenstehen, werden diese nach Klärung mit dem Psychotherapeuten respektiert.

3. Der Patient sowie die Sorgeberechtigten verpflichten sich seinerseits zur Verschwiegenheit über andere Patienten, von denen er zufällig - z.B. über Wartezimmerkontakte – Kenntnis erhält.

Feste Therapiesitzungen/Ausfallhonorar/Terminabsagen

1. Die Sitzungen finden in der Regel, wenn nicht begründet anders vereinbart, einmal wöchentlich zu einem fest vereinbarten, verbindlichen Termin statt.
2. Der Patient verpflichtet sich, die fest vereinbarten Behandlungstermine pünktlich wahrzunehmen und im Verhinderungsfall rechtzeitig, d.h. 24 Werktagstunden vor dem vereinbarten Termin abzusagen oder abzusagen lassen.
3. Bei nicht rechtzeitiger Absage wird ein Ausfallhonorar in Höhe von 80 Prozent des entgangenen Honorars berechnet, welches vom Patienten selbst zu tragen ist und nicht von dem Versicherungsträger erstattet wird.

Psychotherapiekosten

Bei privat krankenversicherten Patienten – einschließlich Beihilfe – erfolgt die Rechnungslegung monatlich mit einem Zahlungsziel von zwei Wochen gemäß GOP in Verbindung mit GOÄ, mit dem 2,7– fachen Steigerungssatz. Unabhängig von der Erstattung durch Dritte (z.B. Private Krankenversicherung) schuldet der Patient bzw. die Sorgeberechtigten das Honorar persönlich in voller Höhe gemäß Rechnungslegung gegenüber dem Psychotherapeuten.

Selbstverpflichtungserwartung an den Patienten

1. Der Patient 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. Spielautomat).
2. Der Patient 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.
3. Der Patient meldet jede Aufnahme oder Veränderung einer medikamentösen Behandlung/Medikamenteneinnahme – durch einen Arzt verordnet oder selbstentschieden – unverzüglich dem Psychotherapeuten.

Kündigung des Therapievertrages

1. Der Therapievertrag kann gem. §627 BGB vom Patienten bzw. den Sorgeberechtigten jederzeit durch eine mündliche oder schriftliche Erklärung fristlos gekündigt werden, da ein Vertrauensverhältnis zwischen Patienten und Psychotherapeut eine grundlegende Voraussetzung für Psychotherapie ist. Bei einem gestörten Verhältnis ist dem Patienten ein weiteres Festhalten an dem Behandlungsvertrag unzumutbar.

2. Der Psychotherapeut behält sich vor, bei offensichtlich fehlender Motivation und bei fehlender Mitarbeit des Patienten oder der Sorgeberechtigten, die Therapie von sich aus auch ohne das erklärte Einverständnis des Patienten zu beenden und dem Kostenträger hiervon, ohne inhaltliche Angaben, Mitteilung zu machen.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____