

Behandlungsvereinbarung

zwischen **Martina Janisch, Praxisinhaberin der Praxis Martina Janisch:**

und

Frau / Herrn _____

Straße und Hausnr.: _____

PLZ und Wohnort: _____

Exemplar für Ihre Unterlagen

Ich habe die Information zu den Rahmenbedingungen der Behandlung in der Praxis für Psychotherapie Martina Janisch gelesen und stimme den folgenden Aussagen zu:

- Ich habe die Datenschutzrichtlinie gemäß DGSVO zur Kenntnis genommen und bin mit der Verarbeitung meiner Daten einverstanden.
- Mir ist bekannt, dass der Emailverkehr prinzipiell unsicher sein kann, trotzdem wünsche ich mit der Praxis per Email zu kommunizieren und bitte folgende Emailadresse zu nutzen:

- Ich wurde über die Regelungen der Videosprechstunde aufgeklärt. Hiermit willige ich in die Durchführung von psychotherapeutischen Videosprechstunden unter Geltung der oben genannten Regelungen ein. Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden (Einverständniserklärung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung bei Durchführung einer Videosprechstunde nach Maßgabe der Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß Anlage 31 b zum Bundesmantelvertrag – Ärzte SGB V).
- Ich verpflichte mich zur Verschwiegenheit, wenn ich an Psychotherapiegruppen teilnehme.
- Ich erlaube dem/der TherapeutIn Videoaufzeichnungen für Behandlungszwecke und für die Qualitätssicherung im Rahmen der Supervision nach vorheriger Absprache mit mir zu Beginn der jeweiligen Sitzung anzufertigen.
- Ich erlaube dem/der TherapeutIn, meinen Fall mit einer/m SupervisorIn, die/der ihrer-/seinerseits zur Verschwiegenheit verpflichtet sind, zu besprechen und ggf. Videomaterial anzuschauen.
- Die Kosten der psychotherapeutischen Sprechstunde, der Probatorik sowie der ambulanten Psychotherapie sollen gemäß nachfolgender Erklärung abgerechnet werden:

☐ Ich bin **gesetzlich** krankenversichert bei _____
und wünsche eine Abrechnung über die gesetzliche Krankenkasse.

☐ Ich bin **privat versichert** bei _____

☐ Ich bin beihilfeberechtigt, **Beihilfestelle** _____

- ☐ Ich möchte die Psychotherapiekosten **selbst** zahlen.
- ☐ Die Therapiekosten werden von einem **anderen Träger** übernommen:

Die Behandlungskosten werden mir als **Privatpatient bzw. Selbstzahler** durch die Praxis gemäß GOP (Gebührenordnung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) in Rechnung gestellt und ich rechne mit dem o.g. Kostenträger ab. Bei privaten Kostenträgern kann es je nach Versicherungsvertrag sein, dass die Therapiekosten nicht immer in voller Höhe übernommen werden.

Mir ist bekannt, dass es bei privaten Kostenträgern möglich ist, dass nicht alle Therapiekosten durch den privaten Kostenträger gedeckt sind und ich ggf. einen Eigenanteil trage. Unabhängig von der Erstattung durch Dritte (z.B. private Krankenversicherung, Beihilfe, gesetzliche Krankenversicherung im Kostenerstattungsverfahren bei §13 Abs. 2 oder 3 SGB V, wenn ich meine Gesundheitskarte nicht rechtzeitig eingereicht oder einen Krankenkassenwechsel nicht rechtzeitig mitgeteilt habe) das Honorar der Praxis persönlich in voller Höhe schulde.

- Ich verpflichte mich, bei Verhinderung einen vereinbarten Behandlungstermin möglichst zwei Arbeitstage vorher unter 07163 53 28 98 oder auf der Praxisemailadresse info@psychotherapie-janisch.de bzw. in Absprache auf der Mailadresse des Therapeuten abzusagen abzusagen (Samstag gilt nicht als Arbeitstag, da die Praxis samstags nicht für Terminvergaben besetzt ist). Da die Praxis eine Bestellpraxis ist, können vereinbarte Stunden, die ich nicht wahrnehme bzw. kurzfristig absage, in der Regel nicht anderweitig besetzt werden; die Praxis bemüht sich jedoch darum. Die Praxis ist deshalb berechtigt, mir alle reservierten Stunden, die von mir nicht wahrgenommen wurden, unabhängig vom Grund der Verhinderung, sei es wegen Krankheit, Vergessen, Verkehrsproblemen u. a. m., als Ausfallhonorar in Rechnung zu stellen (Schadensersatz wegen sog. Annahmeverzug des Patienten, der kein Verschulden des Patienten voraussetzt – §§ 293, 296, 615 BGB). Stunden, die von mir aus zwingenden Gründen rechtzeitig – d.h. bis 2 Arbeitstage im Voraus – abgesagt werden, werden nicht berechnet. Das Ausfallhonorar beträgt 100 € und wird mir in Rechnung gestellt. Ich stimme der Ausfallhonorarvereinbarung zu.
- Wenn ich Termine nicht verlässlich wahrnehme, kann die Therapie von Seiten des/der TherapeutIn vorzeitig zu beendet werden.
- Ich versichere, während der Dauer der Psychotherapie keinerlei Suizidhandlungen an mir vorzunehmen. Falls mein/ meine TherapeutIn nicht erreichbar ist und ich dies nicht mehr garantieren kann, kontaktiere ich meinen behandelnden Hausarzt/ Psychiater bzw. diensthabenden Arzt des hausärztlichen Notdiensts (116 117), den Rettungsdienst (112) oder die Notaufnahme der nächstgelegenen psychiatrischen Klinik (z. B. Klinik Christophsbad, Göppingen, Notfallservice: 07161 601-9801; Medius Klinik Kirchheim, 07021 88-0; ohne Gewähr).

Ich habe eine Ausfertigung dieser Vereinbarung erhalten, Fragen mit der/dem Psychotherapeutin/en bzw. der Praxis besprochen, ihren Zweck und Inhalt verstanden und erkläre mein Einverständnis mit meiner Unterschrift.

Ort, Datum, Unterschrift PatientIn

Behandlungsvereinbarung

zwischen **Martina Janisch, Praxisinhaberin der Praxis Martina Janisch:**

und

Frau / Herrn _____

Straße und Hausnr.: _____

PLZ und Wohnort: _____

Exemplar für die Praxis – bitte unterschrieben vor dem ersten Termin an uns zurück

Ich habe die Information zu den Rahmenbedingungen der Behandlung in der Praxis für Psychotherapie Martina Janisch gelesen und stimme den folgenden Aussagen zu:

- Ich habe die Datenschutzrichtlinie gemäß DGSVO zur Kenntnis genommen und bin mit der Verarbeitung meiner Daten einverstanden.
- Mir ist bekannt, dass der Emailverkehr prinzipiell unsicher sein kann, trotzdem wünsche ich mit der Praxis per Email zu kommunizieren und bitte folgende Emailadresse zu nutzen:

- Ich wurde über die Regelungen der Videosprechstunde aufgeklärt. Hiermit willige ich in die Durchführung von psychotherapeutischen Videosprechstunden unter Geltung der oben genannten Regelungen ein. Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden (Einverständniserklärung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung bei Durchführung einer Videosprechstunde nach Maßgabe der Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß Anlage 31 b zum Bundesmantelvertrag – Ärzte SGB V).
- Ich verpflichte mich zur Verschwiegenheit, wenn ich an Psychotherapiegruppen teilnehme.
- Ich erlaube dem/der TherapeutIn Videoaufzeichnungen für Behandlungszwecke und für die Qualitätssicherung im Rahmen der Supervision nach vorheriger Absprache mit mir zu Beginn der jeweiligen Sitzung anzufertigen.
- Ich erlaube dem/der TherapeutIn, meinen Fall mit einer/m SupervisorIn, die/der ihrer-/seinerseits zur Verschwiegenheit verpflichtet sind, zu besprechen und ggf. Videomaterial anzuschauen.
- Die Kosten der psychotherapeutischen Sprechstunde, der Probatorik sowie der ambulanten Psychotherapie sollen gemäß nachfolgender Erklärung abgerechnet werden:

☐ Ich bin **gesetzlich** krankenversichert bei _____
und wünsche eine Abrechnung über die gesetzliche Krankenkasse.

☐ Ich bin **privat versichert** bei _____

☐ Ich bin beihilfeberechtigt, **Beihilfestelle** _____

- ☐ Ich möchte die Psychotherapiekosten **selbst** zahlen.
- ☐ Die Therapiekosten werden von einem **anderen Träger** übernommen:

Die Behandlungskosten werden mir als **Privatpatient bzw. Selbstzahler** durch die Praxis gemäß GOP (Gebührenordnung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) nach **2,8-fachem Satz** (entspricht 122,40 €) in Rechnung gestellt und ich rechne mit dem o.g. Kostenträger ab. Bei privaten Kostenträgern kann es je nach Versicherungsvertrag sein, dass die Therapiekosten nicht immer in voller Höhe übernommen werden.

Mir ist bekannt, dass es bei privaten Kostenträgern möglich ist, dass nicht alle Therapiekosten durch den privaten Kostenträger gedeckt sind und ich ggf. einen Eigenanteil trage. Unabhängig von der Erstattung durch Dritte (z.B. private Krankenversicherung, Beihilfe, gesetzliche Krankenversicherung im Kostenerstattungsverfahren bei §13 Abs. 2 oder 3 SGB V, wenn ich meine Gesundheitskarte nicht rechtzeitig eingereicht oder einen Krankenkassenwechsel nicht rechtzeitig mitgeteilt habe) das Honorar der Praxis persönlich in voller Höhe schulde.

- Ich verpflichte mich, bei Verhinderung einen vereinbarten Behandlungstermin möglichst zwei Arbeitstage vorher unter 07163 53 28 98 oder auf der Praxisemailadresse info@psychotherapie-janisch.de bzw. in Absprache auf der Mailadresse des Therapeuten abzusagen abzusagen (Samstag gilt nicht als Arbeitstag, da die Praxis samstags nicht für Terminvergaben besetzt ist). Da die Praxis eine Bestellpraxis ist, können vereinbarte Stunden, die ich nicht wahrnehme bzw. kurzfristig absage, in der Regel nicht anderweitig besetzt werden; die Praxis bemüht sich jedoch darum. Die Praxis ist deshalb berechtigt, mir alle reservierten Stunden, die von mir nicht wahrgenommen wurden, unabhängig vom Grund der Verhinderung, sei es wegen Krankheit, Vergessen, Verkehrsproblemen u. a. m., als Ausfallhonorar in Rechnung zu stellen (Schadensersatz wegen sog. Annahmeverzug des Patienten, der kein Verschulden des Patienten voraussetzt – §§ 293, 296, 615 BGB). Stunden, die von mir aus zwingenden Gründen rechtzeitig – d.h. bis 2 Arbeitstage im Voraus – abgesagt werden, werden nicht berechnet. Das Ausfallhonorar beträgt 100 € und wird mir in Rechnung gestellt. Ich stimme der Ausfallhonorarvereinbarung zu.
- Wenn ich Termine nicht verlässlich wahrnehme, kann die Therapie von Seiten des/der TherapeutIn vorzeitig zu beendet werden.
- Ich versichere, während der Dauer der Psychotherapie keinerlei Suizidhandlungen an mir vorzunehmen. Falls mein/ meine TherapeutIn nicht erreichbar ist und ich dies nicht mehr garantieren kann, kontaktiere ich meinen behandelnden Hausarzt/ Psychiater bzw. diensthabenden Arzt des hausärztlichen Notdiensts (116 117), den Rettungsdienst (112) oder die Notaufnahme der nächstgelegenen psychiatrischen Klinik (z. B. Klinik Christophsbad, Göppingen, Notfallservice: 07161 601-9801; Medius Klinik Kirchheim, 07021 88-0; ohne Gewähr).

Ich habe eine Ausfertigung dieser Vereinbarung erhalten, Fragen mit der/dem Psychotherapeutin/en bzw. der Praxis besprochen, ihren Zweck und Inhalt verstanden und erkläre mein Einverständnis mit meiner Unterschrift.

Ort, Datum, Unterschrift PatientIn