



**THERAPIEHAUS**  
FEUERSTEIN

## **BEHANDLUNGSVERTRAG ÜBER EINE PSYCHOTHERAPEUTISCHE BEHANDLUNG FÜR KINDER UND JUGENDLICHE**

Nach einer ausführlichen Aufklärung über die Durchführung sowie die Rahmenbedingungen einer ambulanten Psychotherapie wird zwischen

### **THERAPIEHAUS FEUERSTEIN**

Oliver Feuerstein

Krongasse 4

67065 Ludwigshafen

nachfolgend „Therapeut“ genannt

und

---

---

---

Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift des Patienten + Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters/Sorgeberechtigten

nachfolgend „Patient“ genannt,

folgende Vereinbarungen für die Durchführung einer psychotherapeutischen Behandlung (Verhaltenstherapie) vereinbart. Der Behandlungsvertrag bezieht sich sowohl auf Psychotherapeutische Sprechstunden, Akutbehandlung, Probatorische Sitzungen, Diagnostiktermine, reguläre Behandlungsstunden und Bezugspersonenstunden. Aus dem Abschluss des Behandlungsvertrages ergibt sich nicht automatisch die Möglichkeit oder der rechtliche Anspruch auf eine reguläre Behandlung.

## 1. Kosten, Honorar, Vergütung

- Ich bin in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert.

(Name der Versicherung: \_\_\_\_\_)

Ich wünsche eine Behandlung zu Lasten meiner Krankenkasse. Die Abrechnung der Leistungen erfolgt über die Kassenärztliche Vereinigung. Einen Wechsel der Krankenkasse teile ich dem Therapeuten unverzüglich mit.

- Ich bin in der privaten Krankenversicherung versichert.

(Name der Versicherung: \_\_\_\_\_)

Die Psychotherapiekosten werden mir durch den Psychotherapeuten gemäß GOP<sup>1</sup> mit dem 2,3-fachen Steigerungssatz in Rechnung gestellt und durch mich bei meiner privaten Krankenversicherung abgerechnet.

- Ich bin beihilfeberechtigt.

(Beihilfestelle: \_\_\_\_\_)

Die Psychotherapiekosten werden mir durch den Therapeuten gemäß GOP mit dem 2,3-fachen Steigerungssatz in Rechnung gestellt und durch mich bei meiner Beihilfe / privaten Krankenversicherung abgerechnet.

- Ich möchte die Psychotherapiekosten selbst zahlen. Die Psychotherapiekosten werden mir durch den Therapeuten gemäß GOP mit dem 2,3-fachen Steigerungssatz in Rechnung gestellt.

- Die Psychotherapiekosten werden übernommen von:

\_\_\_\_\_

Ich verpflichte mich, dass ich mich nach Aufklärung durch den Therapeuten selbst um die Therapiekostenübernahme bemühe. Die Bewilligung der psychotherapeutischen Behandlung werde ich unverzüglich dem Therapeuten vorlegen. Unabhängig von der Erstattung durch Dritte (z.B. private Krankenversicherung, Beihilfe, gesetzliche Krankenversicherung bei § 13 Abs. 2 oder 3 SGB V) schuldet der/die Patient/in das Honorar dem Therapeuten persönlich in voller Höhe. Die Rechnungslegung erfolgt gemäß GOP. Mir ist bekannt, dass die Therapiekosten nicht immer von der Krankenkasse in voller Höhe übernommen werden.

<sup>1</sup> Gebührenordnung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten



## THERAPIEHAUS FEUERSTEIN

### 2. Behandlungstermine, Ausfallhonorar

Die Behandlungstermine werden fest vereinbart und vom Therapeuten für den jeweiligen Patienten / die jeweilige Patientin bereitgehalten. Ebenso die begleitenden Gespräche mit den Bezugspersonen. Eine Behandlungsstunde dauert in der Regel ca. 50 Minuten. Wenn nicht anders besprochen, finden Therapietermine auch in den Schulferien statt. Neben der Motivation und der generellen Behandlungsbereitschaft aller Beteiligten ist die regelmäßige, verbindliche Wahrnehmung von vereinbarten Terminen von großer Bedeutung für den Erfolg einer psychotherapeutischen Behandlung.

Vereinbarte Termine müssen bei Verhinderung rechtzeitig abgesagt werden. Bei einer Absage von weniger als 48h, wird dem Patienten ein Ausfallhonorar von 60€ in Rechnung gestellt. Bei einer ausbleibenden Absage oder einer Absage von weniger als 24 h wird der volle Betrag der GOP Ziff. 870 (2,3facher Satz) in Rechnung gestellt. Dieses Ausfallhonorar wird in keinem Falle von der jeweiligen Krankenversicherung übernommen. Terminabsagen oder Änderungen sind schriftlich an [info@th-feuerstein.de](mailto:info@th-feuerstein.de) zu richten. Werden Ausfallhonorare nicht innerhalb von 7 Tagen entrichtet, werden alle zukünftig vereinbarten Termine bis zur Tilgung an andere Patienten vergeben.

### 3. Erklärung zur elektronischen Kommunikation

Es besteht die Möglichkeit, mit der Praxis digital zu kommunizieren. Dieser Kommunikationsweg wird im Wesentlichen für Terminabsprachen und andere organisatorische Abstimmungen genutzt. Sensible persönliche Daten werden nicht digital versendet.

Über die prinzipielle Unsicherheit der verschiedenen elektronischen Kommunikationswege wurde ich informiert.

#### Ich bin mit der Nutzung des folgenden Kommunikationsweges einverstanden:

- E-Mail: \_\_\_\_\_
- SMS/iMessage: \_\_\_\_\_
- Whats App: \_\_\_\_\_
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

#### **4. Schweigepflicht**

Alle Mitarbeiter des Therapiehauses unterliegen der gesetzlichen Schweigepflicht und dürfen deshalb ohne das ausdrückliche Einverständnis des Patienten/der Patientin bzw. der Sorgeberechtigten keine Daten und Informationen weitergeben. Durch eine gesondert unterschriebene Schweigepflichtsentbindung können Sie uns jedoch für verschiedene Bereiche von der Schweigepflicht entbinden.

Berichte an Ärzte oder sonstige behandelnde Personen werden nur nach vorheriger Absprache verfasst und - nach einer Entbindung unsererseits von der Schweigepflicht - ausgehändigt. Berichte in jeglicher Art sind in der Regel keine Kassenleistung. Die entstehenden Kosten sind selbst zu tragen.

Bezüglich des, u.U. durch die Krankenkassen geforderten Gutachtens, zur Therapiegenehmigung gilt folgende Ausnahme:

Mit der Unterschrift unter diesem Vertrag erklären Sie sich damit einverstanden, dass ein anonymisiertes, schriftliches Gutachten an die Krankenkasse geschickt wird, welche dieses zur Beurteilung der Behandlungsnotwendigkeit an einen unabhängigen Gutachter weiterleitet. Das Gutachten ist ausschließlich für den Gutachter bestimmt. Ein evtl. hierfür erforderlicher Konsiliarbericht oder eine Notwendigkeitsbescheinigung haben Sie selbst bei Ihrem Hausarzt/Kinderarzt in Auftrag zu geben.

Neben dem Erziehungs- und Fürsorgerecht der Eltern räumt der Gesetzgeber auch Kindern und Jugendlichen ein Recht auf informelle Selbstbestimmung ein, sofern sie über ein entsprechendes Einsichts- und Urteilsvermögen verfügen. Dies ist in der Regel ab dem 14. Lebensjahr vorhanden. Konkret bedeutet dies, dass Informationen von Kindern und Jugendlichen grundsätzlich auch gegenüber deren Eltern oder anderen Sorgeberechtigten der Schweigepflicht unterliegen, sofern der Patient uns nicht von der Schweigepflicht entbindet.

Unter bestimmten Umständen sind wir jedoch zur Offenbarung von Wissen befugt und darüber hinaus sogar dazu verpflichtet. So müssen beispielsweise -um Schaden von der Bevölkerung abzuwenden, ansteckende Krankheiten, Geschlechtskrankheiten oder auch ein geplantes schweres Verbrechen- den zuständigen Behörden gemeldet werden. Ebenso müssen die Eltern bzw. Sorgeberechtigten über akutes suizidales Verhalten informiert werden wenn keine triftigen Gründe dagegensprechen (z.B. Bedrohung). Die Sicherheit und die Gesundheit des Patienten haben in solchen Fällen stets Vorrang vor der Schweigepflicht.

Im Sinne der Prozessqualität können Behandlungssequenzen und Verläufe in Supervisions- und Interventionsgruppen anonymisiert besprochen werden. Selbstverständlich unterliegen die Teilnehmer dieser kollegialen Gruppen ebenfalls der gesetzlichen Schweigepflicht und dürfen keine Informationen weitergeben.



## THERAPIEHAUS FEUERSTEIN

### 5. Dokumentations- und Aufbewahrungspflicht

Psychotherapeuten sind dazu verpflichtet, im direkten zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung eine Patientenakte zu führen, in welcher sämtliche für die Behandlung wesentlichen Punkte aufzuzeichnen sind, z.B. Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen und deren Ergebnisse, Befunde, Fremdbefunde, Einwilligungen und Aufklärungen.

Der Gesetzgeber gibt vor, dass die Patientenakten nach Beendigung der psychotherapeutischen Behandlung für die Dauer von 10 Jahren zu archivieren sind. Nach Ablauf der Frist werden diese vollständig und nach gesetzlichen Vorgaben vernichtet. Sie haben jederzeit das Recht um Akteneinsicht zu bitten. Sollten jedoch erhebliche therapeutische Gründe oder die Rechte Dritter entgegenstehen, kann die Einsichtnahme ganz oder teilweise verweigert werden.

### 6. Therapieende

Diese Vereinbarung kann vom Patienten oder dessen Sorgeberechtigten jederzeit, schriftlich oder mündlich und ohne Angaben von Gründen widerrufen werden. Es sollten jedoch drei Abschlusssitzungen stattfinden, um den Behandlungsprozess adäquat beenden und das Risiko für eventuelle Rückfälle gering halten zu können. Bei fehlender Mitarbeit des Patienten oder mehrfach ausbleibenden Zahlungen behalten wir uns vor, die psychotherapeutische Behandlung auch ohne das erklärte Einverständnis des Patienten oder dessen Vertreter zu beenden.

### 7. Salvatorische Klausel

Sollte sich eine (oder mehrere) der hier getroffenen Vereinbarungen als ungültig herausstellen, hat dies keinerlei Auswirkungen auf die verbleibenden Punkte.

### **Das Merkblatt zur ambulanten Psychotherapie habe ich erhalten und gelesen.**

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

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Therapeut.

---

Unterschrift Patient UND alle Sorgeberechtigten/gesetzliche Vertreter