



Behandlungsvertrag

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrte Eltern,

Du hast Dich / Sie haben sich zur Aufnahme einer Psychotherapie in unserer Ambulanz des Ausbildungszentrums für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie entschieden. Wir möchten gern einige für den Therapieablauf wichtige Dinge klären und mit Dir / Ihnen vereinbaren¹.

Beantragung, Ablauf und Beendigung der Therapie

Die Kosten der ersten Sitzungen übernimmt die gesetzliche Krankenkasse, es ist keine Überweisung erforderlich. Nach oder während der **Probatorischen Sitzungen** wird ein Antrag auf Psychotherapie an Ihre Krankenkasse gestellt, da Psychotherapie eine genehmigungspflichtige Leistung der Krankenkasse ist. Ihre Therapeutin legt Ihnen das entsprechende Antragsformular zur Unterschrift vor. Für die Beantragung ist außerdem der **Konsiliarbericht** (ein Bericht über evtl. vorliegende körperliche Erkrankungen) einer Haus-, Kinder- oder Fachärzt:in erforderlich. Wenn die Krankenkasse die Leistungspflicht anerkennt und eine Kostenzusage gemacht hat, kann die Therapie beginnen.

Ihre Therapeut:in wird zur Beurteilung der Behandlungsnotwendigkeit in anonymisierter Form einen schriftlichen Bericht über die Problematik und den Therapieplan erstellen, der von Ihrer Krankenkasse einer unabhängigen Gutachterin zur Stellungnahme zugeleitet wird. Zugleich sollten Sie Ihrer Therapeutin gestatten, zu der Ärztin, die den Konsiliarbericht erstellt hat, Kontakt aufzunehmen und behandlungsrelevante Fragen zu erörtern.

Während eine Therapiesitzung als Einzelsitzung in der Regel 50 Minuten (in Ausnahmefällen 25 Minuten) umfasst, dauert eine Gruppensitzung in der Regel 100 Minuten. Die Behandlung kann innerhalb und außerhalb der Praxisräume stattfinden. Nach den Probatorischen Sitzungen kann bis zur Bewilligung der Therapie eine Wartezeit entstehen. Die Beendigung oder der Abbruch der Therapie muss der Krankenkasse mitgeteilt werden.

Elektronische Gesundheitskarte (Krankenversicherungskarte)

Zur ersten Sitzung und jeweils zu Beginn eines jeden Monats muss die Elektronische Gesundheitskarte des Kindes, bzw. Jugendlichen, vorgelegt werden.

Ausbildungsambulanz

Der psychotherapeutischen Behandlung liegen die Verfahren der kognitiven Verhaltenstherapie zugrunde. Die Behandlung wird von einer Psychotherapeutin in Ausbildung auf dem aktuellen Stand von Forschung und Wissenschaft durchgeführt. Die Psychotherapeutinnen verfügen alle mindestens über einen Diplom- oder Masterabschluss in einem pädagogischen Grundberuf (z.B. Sozialpädagogik). Zur Sicherung der Qualität der Behandlungen unterliegen alle in der Ausbildungs-Ambulanz durchgeführten Therapien zwingend einer fortlaufenden Supervision.

¹ Wegen der besseren Lesbarkeit bleiben wir auch im folgenden Text beim „Sie“ und benennen die weibliche Form.



Supervision

Die Tätigkeit der Psychotherapeutin und der Behandlungsverlauf werden regelmäßig in Abständen von ca. vier psychotherapeutischen Therapieeinheiten supervidiert, also überprüft. Die Supervision findet in kleinen Gruppen von Therapeutinnen in kollegialer Beratung unter der Anleitung einer besonders anerkannten und erfahrenen Therapeutin statt. Alle Therapeutinnen und Supervisorinnen unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und dürfen keine Informationen weitergeben.

Ton- und Bildaufzeichnungen

Die psychotherapeutischen Sitzungen können mit Ton und Bild (Tonaufnahmen, Fotografien, Videoaufzeichnungen) festgehalten werden. Die Aufzeichnungen dienen der Qualitätssicherung, der Vorbereitung der Therapie und der Supervision. Sie werden unmittelbar nach Beendigung der Therapie gelöscht, auf Ihren Wunsch hin auch früher.

Datenverarbeitung und Datenspeicherung

Im Rahmen der Therapie werden verschiedene personenbezogene Daten erhoben. Bitte lesen Sie dazu die „Patientinnen-Information zum Datenschutz“. Sie liegt im Empfangsbereich aus und ist auf unserer Homepage (www.kjpmuenster.de) einzusehen.

Außerdem werden Sie verschiedene psychologische Fragebögen ausfüllen. Die Daten dieser Fragebögen werden in anonymisierter Form gespeichert und ggf. zu Forschungszwecken verwendet. Rückschlüsse auf Ihre Person sind nicht möglich. Entsprechend den gesetzlichen Vorgaben werden alle offiziellen Unterlagen (Konsiliarbericht, sonstige Berichte, Testergebnisse, etc.) zehn Jahre lang archiviert und danach vollständig vernichtet. Sie haben jederzeit das Recht, um Einsicht zu bitten.

Schweigepflicht

Die Therapeutinnen der Ambulanz unterliegen der Schweigepflicht. Ohne Ihr ausdrückliches schriftliches Einverständnis werden keine Informationen weitergegeben. Sollte es sich im Verlauf der Therapie herausstellen, dass auch eine Kontaktaufnahme mit anderen mit- oder vorbehandelnden Fachpersonen (Ärztinnen, Psychotherapeutinnen, Kliniken o. Ä.) oder weiteren wichtigen Bezugspersonen (z.B. Erzieherinnen, Lehrerinnen) für den Behandlungserfolg hilfreich sein kann, wird Ihre Therapeutin Sie um weitere entsprechende Entbindungen von der Schweigepflicht bitten.

Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie

Neben erwünschten und angestrebten Wirkungen und Veränderungen kann eine Psychotherapie, wie jede Heilbehandlung, unerwünschte Risiken und Nebenwirkungen haben. Bitte sprechen Sie Ihre Therapeutin daraufhin an. Vielen Dank.

Regelung für Absagen

Für die Dauer der Therapie haben wir jeweils einen regelmäßigen oder mit Ihnen abgesprochenen Termin verbindlich für Sie reserviert, den wir bei kurzfristiger Absage nicht anderweitig besetzen können. Sollten Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie, diesen spätestens 24 Stunden vorher



abzusagen. Falls Sie diese Frist nicht einhalten, kann Ihnen ein Ausfallhonorar von bis zu 35,00 Euro privat in Rechnung gestellt werden.

Krankenkassenwechsel

Sollten Sie im Verlauf der Therapie die Krankenkasse wechseln, so übernimmt Ihre neue Krankenkasse nicht automatisch die Therapiekosten. Bitte zeigen Sie einen Krankenkassenwechsel sofort Ihrer Therapeutin an und veranlassen Sie die neue Krankenkasse, die Bewilligung zur Kostenübernahme für die weitere Therapie möglichst schnell der Ausbildungsambulanz zuzusenden. Falls die neue Krankenkasse keine Kostenzusage erteilt, müssen wir Ihnen die Kosten privat in Rechnung stellen.

Erklärung

Datenschutz / Schweigepflichtentbindung

Zur Planung und Beantragung, Durchführung, Abrechnung und zur Dokumentation meiner psychotherapeutischen Behandlung / der psychotherapeutischen Behandlung meines Kindes werden Informationen über mich / mein Kind und meine / seine Problemstellung erhoben, verarbeitet und ausgewertet. Für den Schutz meiner / seiner Daten sind angemessene Maßnahmen vorgesehen. Ich erkläre mich mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung für diese Zwecke einverstanden.

Meine Therapeutin / die Therapeutin meines Kindes

Name Therapeut:in

wird obige Daten bei der Ambulanz des Ausbildungszentrums Münster führen. Insoweit bin ich mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung durch diese Stelle einverstanden. Ich willige in die Übermittlung meiner Daten / der Daten meines Kindes an diese Ambulanz ein und entbinde meine Therapeutin / die Therapeutin meines Kindes insoweit von der Schweigepflicht.

Supervision / Schweigepflichtentbindung

Meine Supervisorin ist

Name Supervisor:in

Ort

Ich willige in die Übermittlung meiner Daten / der Daten meines Kindes an die Supervisorin, auch mittels automatisiertem Verfahren ein. Soweit für diesen Zweck erforderlich, entbinde ich meine Therapeutin / die Therapeutin meines Kindes und die Ambulanz von der Schweigepflicht.



Ton- und Bildaufzeichnungen / Einwilligung

Ich erkläre mich einverstanden, dass im Rahmen meiner Behandlung / der Behandlung meines Kindes Ton- und Bildaufzeichnungen erstellt werden und dass diese zur Optimierung der Behandlung und Supervision verarbeitet und genutzt werden. Es wird dafür Sorge getragen, dass die Schutzbelange meiner Person / der Person meines Kindes voll gewürdigt bleiben; Einblick erhalten nur Personen, die mit meiner Behandlung / der Behandlung meines Kindes beruflich befasst sind und der Schweigepflicht unterliegen.

Ich habe den Behandlungsvertrag einschließlich der Erklärung mit der Therapeutin

_____ **besprochen und stimme diesem zu.**

Name Therapeutin

Name Patientin: _____, geb. am: _____

Ort, Datum

Unterschrift allein Sorgeberechtigte/r / gesetzliche Vertretung

Unterschriften der gemeinsam Sorgeberechtigten / gesetzliche Vertretung

Unterschrift Patientin

Unterschrift Therapeutin (Einzeltherapie)

Unterschrift Supervisorin (Einzeltherapie)

Unterschrift Therapeutin (Gruppentherapie)

Unterschrift Supervisorin (Gruppentherapie)

ggf. Unterschrift Co-Therapeutin (Gruppentherapie)

Unterschrift Ambulanzleitung

Das Original des Behandlungsvertrages verbleibt in der psychotherapeutischen Praxis. Die Patientin / die gesetzliche Vertretung erhält eine Zweitschrift.