



## Behandlungsvereinbarung Gruppenpsychotherapie

zwischen Herrn / Frau \_\_\_\_\_

und Herrn / Frau \_\_\_\_\_ (Therapeut/in)

für die  eigene Behandlung  Behandlung der/des Minderjährigen \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Der Erfolg der Gruppentherapie ist für Sie und alle anderen Gruppenmitglieder abhängig von Ihrer regelmäßigen Mitarbeit. Ein effektiver Ablauf ist nur bei Einhaltung der vereinbarten Termine und Absprachen möglich. Hierzu gelten folgende Vereinbarungen:

### Termine

Sie verpflichten sich zur regelmäßigen Teilnahme an der Therapie. Die Sitzungen finden ein Mal in der Woche mit einer Dauer von 100 Minuten statt.

### Terminabsagen und Fehlzeiten

Sollten Sie einen Termin nicht einhalten können, sind Sie gehalten, ihn bis 24 Stunden vorher abzusagen. Hierzu bitten wir Sie, den Gruppenleiter unter \_\_\_\_\_ persönlich anzurufen, oder eine Nachricht auf dem Anrufbeantworter zu hinterlassen.

Neben den vereinbarten Urlaubszeiten ist es bei vorheriger rechtzeitiger Absage möglich, bis zu fünf Mal zu fehlen.

Die Gruppe pausiert neben den gesetzlichen Feiertagen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Ausfallhonorar

Sollten Sie Ihren Termin nicht rechtzeitig absagen oder öfter als fünf Mal fern bleiben, wird Ihnen ein Ausfallhonorar von \_\_\_\_\_ € pro Sitzung in Rechnung gestellt.

### Versicherungsverhältnis

Sollte sich etwas in Ihrem Versicherungsverhältnis ändern (Wechsel der Krankenkasse oder zeitweise nicht bestehender Versicherungsschutz), so teilen Sie das bitte umgehend dem Gruppenleiter mit.

### Vorzeitige Beendigung

Die Therapie kann von beiden Seiten vorzeitig beendet werden. Der Gruppenleiter ist verpflichtet, eine vorzeitige Beendigung nach fachlichen Gesichtspunkten sorgfältig abzuwägen. Sie werden gebeten, eine vorzeitige Beendigung nicht von heute auf morgen auszusprechen. Eine einzuhaltende dreiwöchige Frist soll gewährleisten, dass Sie und die Gruppe sich über die Gründe im Klaren sind, sich voneinander verabschieden können und eine Abwicklung der Behandlung und eventuelle Überleitung zu einer Weiterbehandlung bei einem Dritten erfolgen kann.

## Schweigepflicht

Gegenüber den anderen Mitgliedern in der Gruppe verpflichten Sie sich zu gegenseitiger Schweigepflicht, d. h., es ist Ihnen nicht gestattet, gegenüber Dritten Inhalte aus den Gruppensitzungen preiszugeben. Selbstverständlich ist es Ihnen möglich, sich über eine persönliche Gruppenerfahrung mit nahe stehenden Personen auszutauschen.

Sie sind damit einverstanden, dass Behandlungsdaten an die gesetzliche Krankenkasse bzw. an die von dieser beauftragten Gutachter weitergeleitet werden. Der Gutachter erhält die Daten in anonymisierter Form. Die Therapeuten erstellen über Diagnostik und Behandlungen Aufzeichnungen, in die selbstverständlich keine persönlichen Notizen einfließen. Darüber hinaus entbinden Sie den Therapeuten, Supervisor und die Psychotherapeutische Ambulanz von der gegenseitigen Schweigepflicht. Gegenüber weiteren Personenkreisen besteht selbstverständlich Schweigepflicht.

Ich habe die Regelungen zur Kenntnis genommen und erkläre mich zu deren Beachtung bereit.

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

Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in, bzw. Erziehungsberechtigte/r

*(bei Kindern und Jugendlichen)*

**Ich bestätige, dass ich von diesem Formular eine Ausfertigung für meine Unterlagen erhalten habe.**

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

Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in, bzw. Erziehungsberechtigte/r

*(bei Kindern und Jugendlichen)*