



Behandlungsvereinbarung

zwischen Herrn / Frau _____

und Herrn / Frau _____ (Therapeut/in)

für die eigene Behandlung Behandlung der/des Minderjährigen _____

Geburtsdatum _____ Versicherungsnummer _____

Krankenkasse _____

- (1) Eine psychotherapeutische Sitzung dauert **50 Minuten** und findet zu festen, vorher vereinbarten Zeiten statt.
- (2) Ich bin damit einverstanden, dass der Psychotherapeut **Behandlungsdaten an die gesetzliche Krankenkasse** bzw. an die von dieser beauftragten Gutachter weiterleitet. Der Psychotherapeut erstellt über Diagnostik und Behandlungen Aufzeichnungen, in die selbstverständlich keine persönlichen Notizen einfließen. Darüber hinaus entbinde ich den Behandler, dessen Supervisor und Supervisionsgruppe und die Psychotherapeutische Ambulanz von der gegenseitigen Schweigepflicht. Gegenüber weiteren Personenkreisen besteht **Schweigepflicht**.
- (3) Für den Ablauf der Psychotherapie ist die **Einhaltung der regelmäßigen Termine** notwendig. Der Psychotherapeut reserviert für den gesamten Therapiezeitraum die erforderlichen Therapiestunden/Bezugspersonenstunden, die zu den festen, einvernehmlich vereinbarten Zeiten stattfinden. Der Patient bzw. die Erziehungsberechtigten und der Psychotherapeut sind gehalten, Terminverlegungen oder –absagen rechtzeitig, d. h. **mindestens 24 Stunden vorher**, anzuzeigen. Für nicht rechtzeitig abgesagte Therapiestunden/Bezugspersonenstunden wird eine **Honorarausfallvereinbarung** abgeschlossen.
- (4) Eine **Unterbrechung der Behandlung** infolge Ferien, längerer Krankheit oder anderer außergewöhnlicher Umstände stimmen der Psychotherapeut, der Patient bzw. die Erziehungsberechtigten miteinander ab, sobald die Tatsachen bekannt werden, die eine solche Unterbrechung erforderlich werden lassen.
- (5) Eine **Änderung des Versicherungsverhältnisses** ist dem Psychotherapeuten sofort mitzuteilen.
- (6) Das **Recht zur Kündigung** der Vereinbarung steht beiden Vertragsseiten zu. Der behandelnde Psychotherapeut ist verpflichtet, eine Kündigung von seiner Seite nach fachlichen Gesichtspunkten sorgfältig abzuwägen. Der Patient bzw. die Erziehungsberechtigten sind gehalten, seine/ihre Kündigung möglichst nicht von heute auf morgen auszusprechen. Eine möglichst einzuhaltende vierzehntägige Kündigungsfrist soll gewährleisten, dass eine Abwicklung der Behandlung und eventuelle Überleitung zu einer Weiterbehandlung bei einem Dritten erfolgen kann.

Ich bin über die Arbeitsweisen des Psychotherapeuten und der Psychotherapeutischen Ambulanz informiert worden und mit der Durchführung einverstanden. Ich habe die damit in Zusammenhang stehenden 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)