Psychotherapeutische Privatpraxis
für Kinder und Jugendliche
Laura Heist

Neue Heimat 22
69190 Walldorf

Tel.: 06227 3980620
Fax: 06227 3980621

E-Mail: info@praxis-heist.de
Web: www.praxis-heist.de

Behandlungsvertrag über eine Psychotherapie für Kinder/ Jugendliche

Nach ausführlicher Information und Aufklärung über die Bedingungen einer ambulanten Psychotherapie wird zwischen der Psychotherapeutischen Privatpraxis für Kinder und Jugendliche von Laura Heist, Neue Heimat 22, 69190 Walldorf, nachfolgend **Psychotherapeutin** genannt
und

Name: Geb.-Datum:

Anschrift:

Name der/des Sorgeberechtigten:

nachfolgend **Patient/-in** genannt

die Durchführung einer psychotherapeutischen Behandlung vereinbart. Der Behandlungsvertrag bezieht sich sowohl auf Probatorische Sitzungen, Diagnostiktermine, reguläre Behandlungsstunden, Bezugspersonenstunden und alle weiteren Leistungen, die sich im Laufe der Behandlung ergeben. Aus dem Abschluss des Behandlungsvertrages ergibt sich nicht automatisch die Möglichkeit oder der rechtliche Anspruch auf eine reguläre Behandlung.

Die Psychotherapiekosten der ambulanten Psychotherapie sollen gemäß nachfolgender Erklärung des/der Patienten/in abgerechnet werden:

- ☐ Ich bin **privat versichert** bei_____. Die Psychotherapiekosten werden mir durch die Psychotherapeutin gemäß GOP[1] in Rechnung gestellt und durch mich bei meiner o.a. privaten Krankenversicherung abgerechnet. Kosten für Anamnese, Telefonate, etc. können hinzukommen.

- ☐ Ich bin **beihilfeberechtigt**, Beihilfestelle: _____. Die Psychotherapiekosten werden mir durch die Psychotherapeutin gemäß GOP in Rechnung gestellt und durch mich zu Lasten der o.a. Beihilfe/privaten Krankenversicherung abgerechnet. Kosten für Anamnese, Telefonate, etc. können hinzukommen.

- ☐ Ich bin in der **gesetzlichen Krankenversicherung** versichert und wünsche eine Privatbehandlung mit Kostenerstattung durch meine Krankenkasse. Die Psychotherapiekosten werden mir durch die Psychotherapeutin gemäß GOP in Rechnung gestellt. Ich werde mir bei meiner o.a. Krankenkasse die Kosten gemäß § 13 Abs. 2[2] oder 3[3] SGB V erstatten lassen. Kosten für Anamnese, Telefonate, etc. können hinzukommen.

- ☐ Ich möchte die Psychotherapiekosten selbst zahlen. Die Psychotherapiekosten werden mir durch die Psychotherapeutin gemäß GOP in Rechnung gestellt. Kosten für Anamnese, Telefonate, etc. können hinzukommen.

1 Gebührenordnung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder– und Jugendlichenpsychotherapeuten
2 Kostenerstattungsvereinbarung mit der gesetzlichen Krankenkasse gem. § 13 Abs. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)
3 Kostenerstattung der gesetzlichen Krankenkasse bei selbstbeschaffter Leistung gem. § 13 Abs. 3 SGB V

☐ Die Psychotherapiekosten werden von folgendem Kostenträger übernommen:

Ich verpflichte mich, dass ich mich selbst um die Therapiekostenübernahme bemühe. Die Bewilligung der psychotherapeutischen Behandlung werde ich unverzüglich der Behandlerin 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 (bzw. die Erziehungsberechtigten) das Honorar der Psychotherapeutin persönlich in voller Höhe. Die Rechnungslegung erfolgt gemäß GOP, auf Grundlage der ab 01.07.2024 geltenden Abrechnungsempfehlungen der Bundespsychotherapeutenkammer, Bundesärztekammer, Beihilfeträger von Bund und Ländern sowie des Verbandes der privaten Krankenversicherung. In Ausnahmefällen und mit Begründung erlaubt die Therapeutin es sich, den 3,5-fachen Steigerungssatz zu berechnen. Die Rechnungsstellung erfolgt in der Regel monatlich und die Rechnung ist innerhalb einer Frist von 2 Wochen zu begleichen.

Mir ist bekannt, dass die Therapiekosten nicht immer in voller Höhe von der Versicherung übernommen werden.

Zusätzlich vereinbaren Patient/in und Psychotherapeutin folgendes:

Da es sich bei Psychotherapie um eine Bestellpraxis handelt, wird ein fester Termin für jeden Patienten vorgesehen. Eine Behandlungsstunde dauert in der Regel jeweils 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. Der/Die Patient/in verpflichtet sich daher, bei Verhinderung einen vereinbarten Behandlungstermins spätestens **24 Stunden** vorher abzusagen. Sollte bis spätestens 8:30 Uhr am Tag der Therapiestunde keine Absage eingegangen sein (Mailbox, E-Mail, ...), behalte ich mir vor, dem/der Patienten/in **80 €** privat in Rechnung zu stellen. Dieses Ausfallhonorar hat der/die Patient/in unabhängig von der Art der Versicherung selbst zu zahlen. Eine Kostenerstattung durch die private oder gesetzliche Krankenkasse oder Beihilfe findet in diesem Fall nicht statt. Selbstverständlich wird das Ausfallhonorar nicht geltend gemacht, wenn der Termin anderweitig besetzt werden kann. Ein mehrfacher Terminausfall kann zu einem vorzeitigen Therapieende führen, was der Versicherung von mir dann mitgeteilt werden muss.

Ich möchte Sie außerdem darauf hinweisen, dass es im Falle eines Mahnverfahrens notwendig werden kann, dass Ihre personenbezogenen Daten an entsprechende Dienstleister weitergeleitet werden (Rechtsanwalt, Inkassounternehmen, Gerichte, ...).

Der/die Patient/in verpflichtet sich psychotherapeutische Videoleistungen nicht zu speichern und keine Mitschnitte zu erstellen.

Erklärung zur elektronischen Kommunikation

Es besteht die Möglichkeit, mit der Praxis digital zu kommunizieren. Diese Kommunikationswege werden 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 folgender Kommunikationswege einverstanden:

☐ SMS, mit folgender/n Nummer/n:

☐ E-Mail, mit folgender/n E-Mail Adresse/n:

☐ Sonstiges:

Diese Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Das Merkblatt zur ambulanten Psychotherapie habe ich erhalten und gelesen.

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

Ort	Datum
Unterschrit Patient/in, ggf. gesetzliche/r Vertreter/in	Unterschrift Therapeutin

Datenverarbeitung und Datenschutz

In meiner Psychotherapeutischen Praxis hat die Schweigepflicht und der Datenschutz eine hohe Wichtigkeit. Für Ihre Behandlung benötige ich einige persönliche Daten. Mit diesen sog. personenbezogenen Daten gehe ich besonders verantwortungsvoll um.
Nach der EU-Datenschutz Grundverordnung bin ich verpflichtet, Sie über den Zweck der Datenerhebung, die Speicherung und die Weiterleitung Ihrer Daten zu informieren.

1. Zweck der Datenerhebung und -Verarbeitung

Zu Beginn und im Verlauf einer psychotherapeutischen Behandlung erhebe ich verschiedene Daten über Ihre Person/die Person ihres Kindes und seine Gesundheit. Dies ist notwendig, um eine dem Standard entsprechende psychotherapeutische Behandlung durchzuführen und um den mit Ihnen geschlossenen Behandlungsvertrag ordnungsgemäß zu erfüllen. Die Erhebung personenbezogener Daten dient nur dem Zweck der Verbesserung Ihres Gesundheitszustandes und geschieht in keinem Fall grundlos. Dabei werden selbstverständlich nur diejenigen Daten erhoben, die für die psychotherapeutische Behandlung notwendig sind (Stichwort Datenminimierung).
Datenschutzrechtliche Vorgaben sowie die Rechte und Pflichten, die sich aus dem Therapievertrag ergeben, werden beachtet.
Zu den zu erhebenden Daten zählen Anamnesen, Diagnosen, Befunde, Therapievorschläge und Protokolle, die ich selbst erarbeite oder mir andere Psychotherapeuten/Ärzte zur Verfügung stellen (Konsiliarbericht, Arztbriefe etc.).

2. Empfänger der Daten

Psychotherapeuten unterliegen der Schweigepflicht. Ich übermittle die Gesundheitsdaten ihres Kindes nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist und/oder Sie ausdrücklich in die Weitergabe eingewilligt haben (Schweigepflichtentbindung).
Empfänger der personenbezogenen Daten ihres Kindes können vor allem Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen oder der Medizinische Dienst der Krankenversicherung sein. Die Weitergabe der Daten erfolgt mit gesetzlicher Erlaubnis überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Sollte eine Weitergabe der Daten ihres Kindes an Ärzte oder Psychotherapeuten oder privatärztliche Verrechnungsstellen notwendig sein, ist für die Weitergabe Ihre Schweigepflichtentbindung nötig.

3. Speicherung der Daten

Alle personenbezogenen Daten und Behandlungsunterlagen werden, entsprechend der gesetzlichen Vorgaben, mindestens 10 Jahre nach dem letzten Behandlungstermin in der Praxis aufbewahrt. Ihre Daten werden durch geeignete technische und organisatorische Systeme geschützt.

4. Ihre Rechte

Grundsätzlich können Sie Schweigepflichtentbindungen jederzeit widerrufen. Sie haben das Recht, über Ihre gespeicherten personenbezogenen Daten jederzeit Auskunft zu erhalten. Bemerken Sie Unstimmigkeiten, können Sie umgehend die Berichtigung oder Löschung fehlerhafter Daten verlangen.
Zuständig für die Überwachung der Einhaltung der Datenschutzverordnung und Ihr Ansprechpartner bei Beschwerden ist der:
Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Baden-Württemberg
Anschrift: Postfach 10 29 32, 70025 Stuttgart