

MEHR, ALS DU DENKST.

Behandlungsvertrag Datenschutzvereinbarungen, Qualitätssicherung, Einwilligungen

Nach ausführlicher Information und Aufklärung über die Bedingungen einer ambulanten Psychotherapeutischen Sprechstunde oder Psychotherapie (gelesen im Merkblatt zur ambulanten Psychotherapie / Homepage) folgender Vertrag wird zwischen

Dr. Marion Schmitman gen. Pothmann (Therapeutin) und _____ (PatientIn) geschlossen.

1. Vertragsgegenstand, Dauer und Kündigung

Die Therapeutin wird mit der Durchführung einer kinder- und jugendpsychotherapeutischen Abklärung (Sprechstunde) / Diagnostik (Testverfahren) und bei Bedarf der Durchführung der Behandlung in Form einer Einzel-/ Gruppentherapie beauftragt. Der Behandlungsvertrag wird für die Zeit der Bewilligung geschlossen und kann von beiden Vertragsparteien jederzeit mit einer Frist von zwei Wochen gekündigt werden.

2. Honorar / Ausfallhonorar

Bei gesetzlicher Krankenversicherung erfolgt die Abrechnung direkt mit der Krankenkasse. Bei privater Krankenversicherung wird geraten, die Kostenübernahme durch die Krankenkasse vor Beginn der Termine zu überprüfen. Unabhängig von der Erstattung der Kasse wird das Honorar (GOÄ/GOP) direkt der Therapeutin geschuldet.

Der/die PatientIn schuldet der Therapeutin ein Ausfallhonorar von 80 € für vereinbarte, aber nicht in Anspruch genommene Behandlungsstunden, wenn diese nicht innerhalb von zwei Werktagen vor dem vereinbarten Termin abgesagt worden sind. Das Ausfallhonorar wird privat in Rechnung gestellt. Es wird von den Krankenkassen nicht erstattet.

3. Datenschutz

Die Therapeutin und die KollegInnen der Praxisgemeinschaft unterliegen der Schweigepflicht und den Datenschutzverordnungen (gelesen in der Praxisauslage). Der/die PatientIn ist informiert und einverstanden, dass die notwendigen Behandlungsdaten der Krankenkasse bzw. GutachterIn zur Verfügung gestellt werden. Ebenso ist der/die PatientIn informiert und einverstanden, dass Daten per E-Mail oder SMS ausgetauscht werden und auf Wunsch (in begründeten Einzelfällen) die Behandlung per Video erfolgen kann.

4. Qualitätssicherung

Die Therapeutin verpflichtet sich jährlich zertifizierte Fortbildungen zu besuchen. Der/ die PatientIn ist informiert und einverstanden, dass zur Qualitätssteigerung patientenbezogene Arbeit in Form von Supervision und Intervision reflektiert wird und einzelne Stunden im Rahmen der Qualitätssicherung per Video aufgezeichnet werden können.

Unzutreffendes kann gestrichen werden und Einverständnisse können jederzeit widerrufen werden. Der/die PatientIn wurde über Risiken durch die Praxisauslage informiert. Der/die PatientIn erhält eine Zweitschrift.

Ort, Datum

Dr. Marion Schmitman gen. Pothmann

Unterschrift Patient/in bzw. Sorgeberechtigte/r 1

Unterschrift Sorgeberechtigte/r 2