

## Behandlungsvertrag

(privat versicherter Patient/Beihilfe berechtigter Patient)

zwischen

.....  
(Name und Anschrift des Patienten/der Patientin)  
Patient/in

vertreten durch

.....  
(Name und Anschrift des gesetzlichen Vertreters/ der gesetzlichen Vertreterin)

und

.....  
(Name und Anschrift des Psychotherapeuten / der Psychotherapeutin)  
Psychotherapeut/in

wird folgende **Vereinbarung** getroffen:

### 1. Ablauf der Psychotherapie

Es wird eine Psychotherapie einschließlich der dazu notwendigen Diagnostik durchgeführt.

Die Sitzungstermine werden fest vereinbart und von dem/der Psychotherapeuten/in für den Patienten/die Patientin bereitgehalten.

Zu Beginn der Behandlung wird der Patient / die Patientin altersentsprechend über die Psychotherapie informiert und über das Behandlungsverfahren aufgeklärt. Ebenso werden der und / oder die gesetzlichen Vertreter/in aufgeklärt. Der/die Patient/in und dessen / deren gesetzliche Vertreter/in werden auch darüber informiert, dass Kinder von 7 bis 14 Jahren bereits ein altersentsprechendes Recht haben, über die Psychotherapie und über den Umgang mit den geschützten Daten mitzubestimmen. Jugendliche ab dem 15. Lebensjahr können ihre Rechte aus der Sozialversicherung und aus dem Datenschutz auch ohne Einwilligung der Sorgeberechtigten wahrnehmen; bezüglich der Rechte aus der Sozialversicherung können die Sorgeberechtigten dem schriftlich gegenüber dem Leistungsträger widersprechen. Über die Information und Aufklärung wird eine gesonderte Dokumentation angefertigt. Hiervon erhält der

Patient/die Patientin und der/die gesetzliche Vertreter/in eine Abschrift, sofern sie auf diese nicht verzichten.

Im Rahmen der ersten Termine wird in den sog. probatorischen Sitzungen gemeinsam versucht, die Beschwerden, Probleme, deren mögliche Entstehungsgeschichte und die persönliche Lebenssituation des Patienten/ der Patientin zu erfassen, um eine Diagnose zu stellen und gemeinsam einen möglichen Behandlungsplan zu erarbeiten sowie zu überprüfen, ob eine vertrauensvolle Zusammenarbeit möglich ist. Die probatorischen Sitzungen dauern in der Regel 50 Minuten. Die Beihilfestelle sowie einige private Versicherer erwarten nach den ersten probatorischen Sitzungen zum Teil einen Bericht sowie einen Antrag auf Kostenübernahme weiterer Sitzungen.

Daran anschließend werden die Therapiesitzungen durchgeführt, die ebenfalls in der Regel 50 Minuten dauern.

## 2. Honorarvereinbarung

Abhängig vom individuellen Versicherungsvertrag des Patienten/ der Patientin erstatten private Krankenversicherer bei Vorliegen einer Indikation für die Psychotherapie die Kosten einer Psychotherapie ganz oder teilweise. Teilweise ist die Kostenerstattung für eine Psychotherapie durch den Versicherungsvertrag auch ausgeschlossen. Die Beihilfe erstattet üblicherweise anteilig die Kosten einer psychotherapeutischen Behandlung. Es wird daher darauf hingewiesen, dass der Patient/die Patientin vor dem Erstgespräch bzw. vor Beginn der Psychotherapie sicherstellen sollte, ob und in welchem Umfang der private Krankenversicherer und/oder die Beihilfestelle die Kosten der Psychotherapie übernehmen und ob zuvor ein entsprechender Antrag notwendig ist.

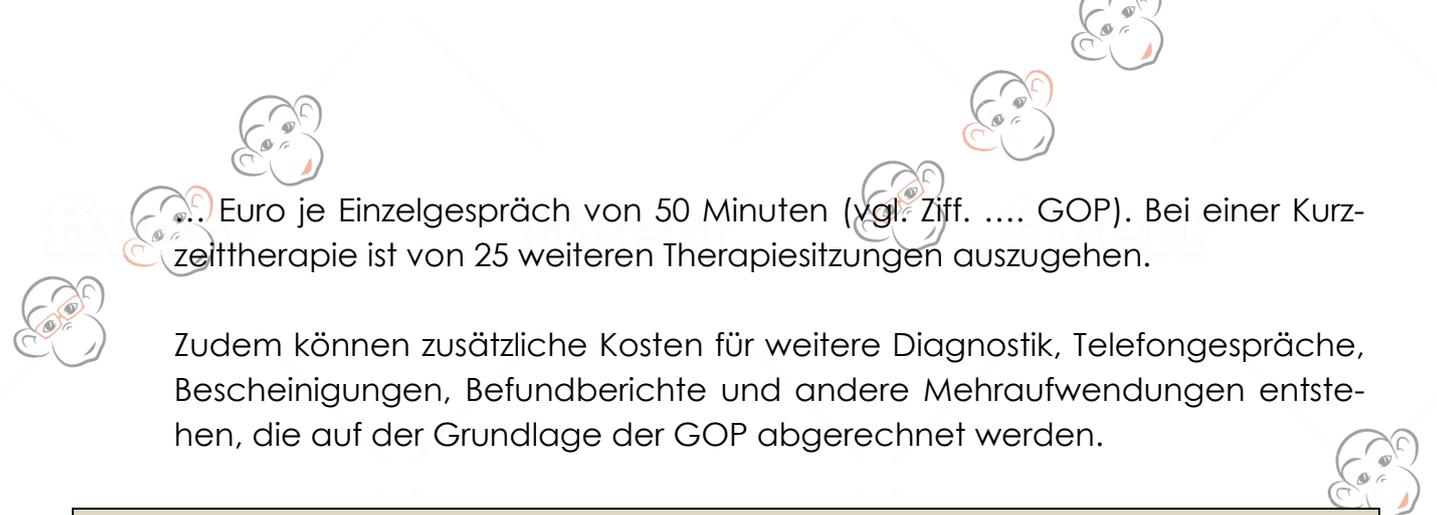
### a. Kosten für probatorische Sitzungen

Die Kosten der probatorischen Sitzungen berechnen sich nach der GOP (Gebührenordnung für Psychotherapeuten). Sie betragen bei Anwendung eines 2,3 fachen Satzes voraussichtlich ... Euro/je Einzelgespräch von 50 Minuten (vgl. Ziff. .... GOP).

Sofern erforderlich, werden in diese Phase ferner folgende Leistungen erbracht: .....(Ziff. ....GOP = ..... Euro), .....(Ziff. ....GOP = ..... Euro). Zusätzliche Kosten für weitere Diagnostik, Telefongespräche, Bescheinigungen, Befundberichte und andere Mehraufwendungen, die ebenfalls nach der GOP abgerechnet werden, sind möglich. Der Patient/ die Patientin kann die GOP bzw. das Gebührenverzeichnis beim Psychotherapeuten /der Psychotherapeutin einsehen.

### b. Kosten für Therapiestunden

Die Kosten für die Therapiesitzungen berechnen sich ebenfalls nach der GOP. Sie betragen bei Anwendung eines 2,3 fachen Satzes voraussichtlich



.. Euro je Einzelgespräch von 50 Minuten (vgl. Ziff. .... GOP). Bei einer Kurzzeittherapie ist von 25 weiteren Therapiesitzungen auszugehen.

Zudem können zusätzliche Kosten für weitere Diagnostik, Telefongespräche, Bescheinigungen, Befundberichte und andere Mehraufwendungen entstehen, die auf der Grundlage der GOP abgerechnet werden.

### **Wirtschaftliche Aufklärung**

Ich bin vor Beginn der Behandlung über die vorstehenden Kostenregelungen sowie über die voraussichtlichen Kosten aufgeklärt und darauf hingewiesen worden, dass eine Kostenübernahme durch Beihilfestellen bzw. meinem Krankenversicherer nicht gesichert ist. Eine Durchschrift dieses Vertrages habe ich erhalten.

---

Datum und Unterschrift des Patienten/ der Patientin

---

Unterschriften des gesetzlichen Vertreters und /oder der gesetzlichen Vertreterin

### **3. Ausfall-Honorarvereinbarung**

Die Praxis des/der Psychotherapeut/in arbeitet nach dem Bestellsystem, d.h., der Psychotherapeut/die Psychotherapeutin reserviert im Therapiezeitraum die erforderlichen Therapiestunden. Diese finden zu fest vereinbarten Zeiten statt. Ein ausgefallener und nicht rechtzeitig abgesagter Termin kann von dem/der Psychotherapeuten/die Psychotherapeutin als Honorarausfall in Rechnung gestellt werden.

Sollte der Patient/die Patientin zu einem vereinbarten Termin verhindert sein, soll er/sie dies dem Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin so früh wie möglich mitteilen. Bei Absagen später als 24 Stunden vor dem Termin berechnet der Psychotherapeut/die Psychotherapeutin die Sitzung privat (Ausfallhonorar), da dieser Termin in der Regel so kurzfristig nicht neu besetzt werden kann. Soweit der Termin anderweitig besetzt werden kann, entfällt ein Ausfallhonorar. Bei der Berechnung der Frist von 24 Stunden werden Samstage, Sonn- und Feiertage nicht mit eingerechnet. Ein Termin zum Beispiel am Montag um 15 Uhr muss also bis Freitag um 15 Uhr abgesagt werden, damit kein Ausfallhonorar anfällt. Der Psychotherapeut/die Psychotherapeutin kann auf das Ausfallhonorar verzichten, wenn der Patient/die Patientin die verspätete Absage nicht verschuldet hat.

Die Höhe des Ausfallhonorars richtet sich nach der GOP. Es beträgt ..... Euro.

#### **Vereinbarung zum Ausfallhonorar:**

Ich bin damit einverstanden, dass der Psychotherapeut/die Psychotherapeutin mir ein Ausfallhonorar in Höhe von ..... Euro berechnet, wenn ich einen fest vereinbarten Behandlungstermin nicht mindestens 24 Stunden vor dem Termin telefonisch oder schriftlich per Email absage und der Termin nicht mit einem anderen Patienten/einer anderen Patientin besetzt werden konnte. Telefonnummer (mit Anrufbeantworter) und E-Mail-Adresse sind mir bekannt.

Bei der Berechnung der Frist werden Samstage, Sonn- und Feiertage nicht mit eingerechnet.

---

Datum und Unterschrift des Patienten/ der Patientin

---

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters und / oder der gesetzlichen Vertreterin

#### **4. Schweigepflicht**

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten unterliegen der gesetzlichen Schweigepflicht. Der Psychotherapeut/die Psychotherapeutin wird eventuelle Berichte an den Hausarzt (falls vorhanden) bzw. andere mitbehandelnde Ärzte und Ärztinnen nur nach vorheriger Absprache mit dem Patienten/der Patientin verfassen. Hierzu wird er/sie gezielt in jedem Einzelfall um die Entbindung von der Schweigepflicht bitten.

#### **Einverständniserklärung zur E-Mail-Korrespondenz**

Ich bin mit der Korrespondenz bzw. der Zusendung von Daten per E-Mail an die nachstehend genannte E-Mail-Adresse einverstanden. Mir ist bekannt, dass die mir so zugesandten E-Mails personenbezogene Daten enthalten können. Die Risiken, die mit dem Versand solcher E-Mails verbunden sind – insbesondere die unbefugte Kenntnisnahme und Verwertung durch Dritte – sind mir bewusst.



---

E-Mail-Adresse

---

Datum und Unterschrift des Patienten/der Patientin

## 5. Dokumentation

Im Rahmen der Therapie werden vom Patienten/von der Patientin verschiedene psychologische Fragebögen ausgefüllt. Die Daten dieser Fragebögen werden gespeichert. Sie dienen zur Stellung der Diagnose und zur Qualitätssicherung der Praxis. Entsprechend den gesetzlichen Vorgaben müssen alle Unterlagen (Konsiliarberichte, sonstige Berichte, Testergebnisse etc.) zehn Jahre archiviert werden. Nach Ablauf dieser Frist werden diese Unterlagen vollständig vernichtet.

---

Ort/Datum

---

Unterschrift Psychotherapeut/in

---

Unterschrift Patient/in

---

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters und /oder der gesetzlichen Vertreterin/in

**Erklärung zum Sorgerecht und zur gesetzlichen Vertretung:**

Hiermit erkläre ich / erklären wir (Namen bitte einfügen),

---

dass wir für das Kind (Namen bitte einfügen)

---

folgende Sorgerechtsregelung haben (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- das gemeinsame Sorgerecht
  - das alleinige Sorgerecht für die Mutter
  - das alleinige Sorgerecht für den Vater
  - eine andere Sorgerechtsregelung, nämlich
- 

Unterschriften der Eltern

Bei geschiedenen oder getrennt lebenden Eltern: Die gerichtliche Sorgerechtsentscheidung hat mir vorgelegen.

Unterschrift der Psychotherapeutin / des Psychotherapeuten

## Anlage 1: Aufklärungsbogen

Name des Patienten/der Patientin: \_\_\_\_\_

Name des Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin: \_\_\_\_\_

Herr/Frau \_\_\_\_\_ wurde heute darüber aufgeklärt,

1. was eine Psychotherapie ist und erhielt dazu zusätzlich das Informationsblatt „Was ist eine Psychotherapie“ der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT),
2. welche Diagnose(n) der Psychotherapeut/die Psychotherapeutin der Behandlung zu Grunde legt und mit welchen diagnostischen Methoden er/sie zu dieser Diagnose gelangt ist,
3. wie lange die Therapie voraussichtlich dauern wird,
4. für wie dringlich und notwendig der Psychotherapeut die Psychotherapeutin die Therapie zum jetzigen Zeitpunkt hält,
5. welche Behandlungsmöglichkeiten nach dem gegenwärtigen Stand der psychotherapeutischen Wissenschaft dafür zur Verfügung stehen,
6. wie der Psychotherapeut/die Psychotherapeutin die Eignung und die Erfolgsaussichten dieser Behandlungsmethoden in diesem konkreten Fall einschätzt,
7. welche Behandlungsmethoden und -maßnahmen er/sie anwenden wird, nämlich

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

Der Patient/die Patientin wurde auf folgende mögliche Folgen und Risiken der Behandlung hingewiesen:

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten /der Patientin

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Psychotherapeuten/  
der Psychotherapeutin

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des gesetzlichen Vertreters und /oder der gesetzlichen Vertreterin