

Einverständniserklärung zur Therapie

Sehr geehrte Eltern und Bezugspersonen,

um als Patient/in behandelt zu werden, ist die Zustimmung der/des Sorgeberechtigten notwendig. Bei minderjährigen Patienten/Patientinnen bedarf es im Falle eines gemeinsamen Sorgerechts die Unterschrift beider Elternteile.

Hiermit erkläre ich/erklären wir, dass ich/wir das Merkblatt „Merkblatt zur Therapie“ gelesen habe/n, über die Vorgehensweise und die Themen Diagnostik- und Therapieablauf, Therapiedokumentation, Schweigepflicht, Datenschutz, Qualitätssicherung und Termineinhaltung informiert wurde/n und mit diesen einverstanden bin/sind.

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- ☐ Das Sorgerecht liegt gemeinsam bei den leiblichen Eltern.
☐ Das Sorgerecht liegt allein bei ☐ leiblicher Mutter ☐ leiblichem Vater
☐ Das Sorgerecht liegt nicht bei den leiblichen Eltern, sondern bei
☐ Pflegeeltern ☐ Adoptiveltern ☐ Jugendamt ☐ Vormund

Wer?

Bitte legen Sie ggf. entsprechende Nachweise (Negativbescheinigung, Bestellung o.ä.) bei.

Hiermit erkläre ich mich / erklären wir uns,

(Name), geb. am

(Name), geb. am

damit einverstanden, dass das Kind, geb. am,
gemäß den Psychotherapie-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses behandelt wird.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Kind / Jugendliche/r

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift sorgeberechtigte Person 1

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift sorgeberechtigte Person 2

Kosten

Die Kosten der ambulanten Psychotherapie sollen gemäß der nachfolgenden Erklärung abgerechnet werden:

- ☐ **Gesetzliche Krankenversicherung:** Die Psychotherapie soll zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden, die Abrechnung der Leistungen erfolgt über die Kassenärztliche Vereinigung.
- ☐ **Private Krankenversicherung:** Die Psychotherapiekosten werden durch die Psychotherapeutin gemäß GOP* (*Gebührenordnung für PsychotherapeutInnen) in Rechnung gestellt und durch den/die Patienten/Patientin bzw. die Sorgeberechtigten bei der privaten Krankenversicherung abgerechnet.
- ☐ **Beihilfe:** Die Psychotherapiekosten werden durch die Psychotherapeutin gemäß GOP* in Rechnung gestellt und durch den/die Patienten/Patientin bzw. die Sorgeberechtigten zu Lasten der Beihilfe / privaten Krankenversicherung abgerechnet.
- ☐ **Privatbehandlung mit Kostenerstattung:** Die Psychotherapiekosten werden durch die Psychotherapeutin gemäß GOP* in Rechnung gestellt und durch die Krankenkasse gemäß § 13 Abs. 2 oder 3 SGB V erstattet. In diesem Fall werden die Therapiekosten in der Regel von der Krankenkasse nicht in voller Höhe übernommen.
- ☐ **Selbstzahler:** Die Psychotherapiekosten werden durch die Psychotherapeutin gemäß GOP* in Rechnung gestellt und durch den/die Patienten/Patientin bzw. die Sorgeberechtigten beglichen.
- ☐ **Sonstiges:** Die Psychotherapiekosten werden von folgendem Kostenträger übernommen:
.....

Unabhängig von der Erstattung durch Dritte wird der Psychotherapeutin das Honorar in voller Höhe geschuldet. Die Rechnungslegung erfolgt gemäß GOP*.

Vereinbarung zum Ausfallhonorar

Diese Praxis arbeitet mit Wartelisten und festen Terminvergaben. Sollte ein Termin nicht wahrgenommen werden können, muss dieser möglichst frühzeitig, spätestens jedoch 24 Stunden vor dem vereinbarten Behandlungstermin abgesagt werden (per Telefon oder E-Mail). Bei Absagen, die später erfolgen, kann der Termin nicht mehr anderweitig vergeben werden.

Unterbleibt die rechtzeitige Absage, verpflichten sich der Patient / die Patientin bzw. die Sorgeberechtigten, für den ausfallenden Termin ein Ausfallhonorar in Höhe von 80 € zu zahlen. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass dieses nicht von der gesetzlichen und/oder privaten Krankenversicherung übernommen wird.

Erfolgt die Absage eines Termines weniger als 24 Stunden vor dem Termin aufgrund einer Erkrankung des Patienten / der Patientin, so wird nach Vorlage eines ärztlichen Attests kein Ausfallhonorar fällig.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Kind / Jugendliche/r

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift sorgeberechtigte Person 1

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift sorgeberechtigte Person 2

Berichtspflicht über eine laufende Psychotherapie an den Hausarzt und ggf. den überweisenden Facharzt

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten haben eine gesetzlich geregelte Berichtspflicht (§ 73 Abs. 1b SGB V) gegenüber dem Kinder- bzw. Hausarzt sowie dem überweisenden Facharzt. Dieser Bericht enthält die Diagnose und die Art der durchgeführten Therapie. Wenn kein Hausarzt angegeben wird oder Sie sich gegen einen Bericht an den Hausarzt aussprechen, entfällt dieser Bericht. Ihre schriftliche Bestätigung ist nach § 73 Abs. 1b SGB V erforderlich. Sie kann von Ihnen jederzeit widerrufen werden.

Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift die von Ihnen gewünschte Regelung.

- ☐ Mein / unser Kind hat keinen Hausarzt / Kinderarzt. / Ich habe keinen Hausarzt.
- ☐ Ich bin **nicht** damit einverstanden, dass dem Hausarzt / Kinderarzt über die Psychotherapie berichtet wird. Sollten jedoch Informationen über die Psychotherapie für den Hausarzt / Kinderarzt wichtig sein, so wird sich die Therapeutin – nach Absprache mit mir / uns – mit ihm in Verbindung setzen.
- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass der Hausarzt / Kinderarzt zu Beginn und gegen Ende der Psychotherapie bzw. einmal jährlich über den Verlauf der Therapie einen Bericht erhält. Hiermit entbinde ich die Therapeutin von der Schweigepflicht gegenüber

Name des Haus- oder Kinderarztes:

Adresse:

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Kind / Jugendliche/r

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift sorgeberechtigte Person 1

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift sorgeberechtigte Person 2

Informationen zur Kontaktaufnahme

Zur Kommunikation mit der Praxis bitte ich folgende Kontaktdaten zu nutzen:

- ☐ Festnetz
- ☐ Handy

Es besteht die Möglichkeit, mit der Praxis auch digital über E-Mail zu kommunizieren. Dieser Kommunikationsweg wird im Wesentlichen für Terminabsprachen und andere organisatorische Abstimmungen genutzt. Sensible persönliche Daten werden nicht digital versendet und es werden keine ausführlichen therapeutischen Inhalte per E-Mail kommuniziert, es sei denn, es wurde anderweitig aus therapeutischen Gründen gemeinsam vereinbart. Über die prinzipielle Unsicherheit digitaler Kommunikationswege bin ich informiert.

- ☐ Ich bin / wir sind mit der Nutzung von E-Mail zur Kontaktaufnahme einverstanden.

Mail-Adresse(n):

Die Kommunikation per Direktnachrichten in den Sozialen Medien ist aus Gründen des Datenschutzes nicht erlaubt.

.....
Unterschrift Kind / Jugendliche/r

.....
Unterschrift sorgeberechtigte Person 1

.....
Unterschrift sorgeberechtigte Person 2

Im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung kann es notwendig und sinnvoll sein, einzelne Therapiestunden oder Teile davon außerhalb der Praxisräume durchzuführen. Dies kann beispielsweise bei Expositionsbehandlungen von Ängsten oder Zwängen, aber auch in anderen Zusammenhängen erforderlich sein.

.....
Unterschrift Kind / Jugendliche/r

.....
Unterschrift sorgeberechtigte Person 1

.....
Unterschrift sorgeberechtigte Person 2

☐ Außer den Sorgeberechtigten ist/sind folgende Person/en berechtigt, mein/unser Kind von der Praxis abzuholen:

Name	Telefonnummer	Beziehung zum Kind / Jugendliche/r

☐ Mein / unser Kind darf alleine nach Hause gehen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Kind / Jugendliche/r

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift sorgeberechtigte Person 1

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift sorgeberechtigte Person 2