

Psychotherapievertrag

Nach ausführlicher Information und Aufklärung über die Bedingungen einer ambulanten Psychotherapie wird zwischen Dr. Nina Weymann, nachfolgend Psychotherapeutin genannt,

und

Frau/Herrn _____ geb. am: _____

Wohnort _____

ggf. Sorgeberechtigte/r mit Anschrift _____

Versicherungsnehmer/in
(bei familienversicherten Patienten) _____ geb. am: _____,

nachfolgend Patient/in genannt,

die Durchführung einer psychotherapeutischen Behandlung vereinbart.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Psychotherapeutin

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient/in

22337 Hamburg

Psychotherapiekosten außer gesetzlich Versicherte

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 (3,5-facher Satz) in Rechnung gestellt und durch mich bei meiner o.a. privaten Krankenversicherung abgerechnet.

- Ich bin beihilfeberechtigt, Beihilfestelle: _____

Die Psychotherapiekosten werden mir durch die Psychotherapeutin gemäß GOP (3,5-facher Satz) in Rechnung gestellt und durch mich zu Lasten der o.a. Beihilfe abgerechnet.

- Ich möchte die Psychotherapiekosten selbst zahlen.

Die Psychotherapiekosten werden mir durch die Psychotherapeutin gemäß GOP (3,5-facher Satz) in Rechnung gestellt.

- 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) schuldet der/die Patient/in das Honorar der/dem Psychotherapeutin/en persönlich in voller Höhe. Die Rechnungslegung erfolgt gemäß GOP (3,5-facher Satz). Mir ist bekannt, dass die Therapiekosten nicht immer von der Krankenkasse in voller Höhe übernommen werden.

Ausfallhonorar:

Mir ist bekannt, dass ich, sofern ich einen Termin nicht wahrnehmen kann, diesen mindestens 48 Stunden vorher absagen muss. Ich bin darüber informiert, dass nicht oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine privat mit einem Ausfallhonorar von 60,00 Euro in Rechnung gestellt werden. Kann ich nachweisen, dass mich kein Verschulden für den kurzfristigen Terminausfall trifft, entfällt das Ausfallhonorar.

Wechsel des Kostenträgers:

Bei einem Wechsel des Kostenträgers werde ich die Psychotherapeutin umgehend informieren, damit rechtzeitig die Kostenübernahme durch meinen neuen Kostenträger geklärt werden kann. Versäume ich es, die Psychotherapeutin umgehend zu informieren und werden deshalb die Psychotherapiekosten nicht von meinem Kostenträger übernommen, werden ich die therapeutischen Leistungen selbst zahlen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient/in

Therapiekosten gesetzlich Versicherte

- Ich bin gesetzlich versichert bei

.....
Die Psychotherapiekosten werden von der Psychotherapeutin gemäß EBM über die Kassenärztliche Vereinigung mit meiner Krankenkasse abgerechnet.

Ausfallhonorar:

Mir ist bekannt, dass ich, sofern ich einen Termin nicht wahrnehmen kann, diesen mindestens 48 Stunden vorher absagen muss. Ich bin darüber informiert, dass nicht oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine privat mit einem Ausfallhonorar von 60,00 Euro in Rechnung gestellt werden. Kann ich nachweisen, dass mich kein Verschulden für den kurzfristigen Terminausfall trifft, entfällt das Ausfallhonorar.

Krankenkassenwechsel:

Bei einem Krankenkassenwechsel werde ich die Psychotherapeutin umgehend informieren, damit rechtzeitig die Kostenübernahme durch meine neue Kasse geklärt werden kann. Versäume ich es, die Psychotherapeutin umgehend zu informieren und werden deshalb die Psychotherapiekosten nicht von meiner Krankenkasse übernommen, werde ich die therapeutischen Leistungen selbst zahlen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient/in

Nur bei fehlender medizinischer Indikation: Psychotherapie als Wunschleistung

Die Durchführung von Psychotherapiesitzungen auf ausdrücklichen Wunsch des/r Patienten/in wie folgt vereinbart.

- Ich bin von meiner Psychotherapeutin darüber aufgeklärt worden, dass bei mir keine Indikation für eine Psychotherapie nach den Psychotherapierichtlinien vorliegt. Dennoch können psychotherapeutische Interventionen bei der Bewältigung meiner psychischen Probleme hilfreich sein.

- Die Durchführung der Behandlungssitzungen wird mir von meiner Psychotherapeutin nach der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP, 3,5-facher Satz) privat in Rechnung gestellt. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass sämtliche Leistungen seitens der gesetzlichen oder privaten Krankenkassen bzw. -versicherungen sowie der Beihilfe nicht erstattet werden.

- In Kenntnis der fehlenden medizinisch/psychotherapeutischen Notwendigkeit der Behandlungssitzungen und damit der fehlenden Erstattungsfähigkeit durch die gesetzliche Krankenkasse bzw. die private Krankenversicherung oder die Beihilfe wünsche ich dennoch ausdrücklich die Durchführung der Therapiesitzungen.

Im Einzelnen wünsche ich folgende Leistungen:

- Mir ist bekannt, dass ich, sofern ich einen Termin nicht wahrnehmen kann, diesen mindestens 48 Stunden vorher absagen muss. Ich bin darüber informiert, dass nicht oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine privat mit einem Ausfallhonorar von 60,00 Euro in Rechnung gestellt werden. Kann ich nachweisen, dass mich kein Verschulden für den kurzfristigen Terminausfall trifft, entfällt das Ausfallhonorar.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient/in

Datenschutz in meiner Praxis

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

in meiner Psychotherapeutischen Praxis haben die Schweigepflicht und der Datenschutz eine hohe Wichtigkeit. Für Ihre Behandlung benötige ich einige persönliche Daten. Mit diesen sog. personenbezogenen Daten gehe ich verantwortungsvoll um.

Nach der EU-Datenschutz Grundverordnung¹ 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 und Ihre 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, Therapievorschlüge und Protokolle, die ich selbst erarbeite oder die mir andere Psychotherapeuten/Ärzte zur Verfügung stellen (Konsiliarbericht, Arztbriefe etc.).

2. Empfänger der Daten

Psychotherapeuten unterliegen der Schweigepflicht. Ich übermittele Ihre Gesundheitsdaten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist und/oder Sie ausdrücklich in die Weitergabe eingewilligt haben (Schweigepflichtentbindung).

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem Kostenträger Ihrer Behandlung, z.B. Kassenärztliche Vereinigung, Krankenkasse oder Beihilfe, 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 Ihrer Daten 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 Ihrem letzten Behandlungstermin in der Praxis aufbewahrt. Ihre Daten werden durch geeignete technische und organisatorische Systeme geschützt.

4. Ihre Rechte

¹ Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit § 22 Abs.1 Nr.1 lit. b) BDSG Psychotherapievertrag & Datenschutz

22337 Hamburg

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 fehlerhafte Daten verlangen.

Zuständig für die Überwachung der Einhaltung der Datenschutzverordnung und Ihr Ansprechpartner bei Beschwerden ist die Datenschutzbehörde Ihres Bundeslandes. Eine Auflistung der Landesdatenschutzbeauftragten finden Sie unter goo.gl/emrpSA.

Ihre Psychotherapeutische Praxis Dr. Nina Weymann

Ich habe die Informationen zum Datenschutz gelesen und bin einverstanden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient/in

22337 Hamburg

Austausch von E-mails

Es besteht die Möglichkeit, mit der Praxis Informationen und Daten per E-Mail auszutauschen. Der Nachrichtenaustausch erfolgt unverschlüsselt. Diese Kommunikation ist nicht sicher und kann eventuell durch Dritte eingesehen und manipuliert werden. Es ist möglich, dass dadurch persönliche Sachverhalte unbefugten Dritten bekannt werden. Die Rückmeldungen der Praxis gelten als zugegangen, wenn sie im Postfach der/des Patient/in zum Download bereit stehen.

Die Praxis wird den Nachrichtenverkehr auf diesem Weg nur mit Ihrem Einverständnis (d.h. wenn Sie uns auf diesem Wege kontaktieren oder wenn Sie uns im Folgenden die Erlaubnis geben) nutzen. E-Mail wird im Wesentlichen für Terminabsprachen genutzt. Sensible persönliche Daten werden nicht über diesen Kanal versendet.

Über die prinzipielle Unsicherheit des Nachrichtenverkehrs per E-Mail wurde ich informiert.

Ich, Herr / Frau

geboren am,

wohnhaft

wünsche dennoch, mit der Praxis per E-Mail zu kommunizieren und bitte, folgende E-Mail-Anschrift zu nutzen:

.....

Auf diesem Wege dürfen auch weitergehende Informationen übermittelt werden. Bitte nutzen Sie folgende E-Mail-Anschrift:

.....

Diese Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich zurücknehmen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient/in