



Behandlungsvertrag

Zustimmung zur psychotherapeutischen Behandlung – Minderjährige & Sorgeberechtigte

Name des Patienten / der Patientin

Geburtsdatum

Sorgeberechtigte/r (bei Minderjährigen)

Sorgeberechtigte/r (bei Minderjährigen)

Kontakt in Notfällen (Telefon)

Versicherungsträger

Name der Krankenversicherung

1. Gegenstand & Zweck der Behandlung

Zwischen der Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Sarah Moroff, Halbinselstraße 43, 88142 Wasserburg und o.g. Patienten, wird die Durchführung einer psychotherapeutischen Behandlung vereinbart. Es wird eine Psychotherapie einschließlich der dazu notwendigen Diagnostik durchgeführt. Hierzu zählen folgende Behandlungsformen, die der/die Therapeut/in je nach Indikation durchführt oder veranlasst:

Sprechstunde, Probatorische Sitzungen, Kurzzeittherapie, Langzeittherapie, Akutbehandlung, Rezidivprophylaxe (soweit absehbar).

Die Therapie findet je nach Indikation in Einzelsetting, Gruppensetting oder als Kombinationstherapie statt. Ziel ist die Linderung von Beschwerden, die Förderung psychischer Gesundheit sowie die Unterstützung bei der Bewältigung von Problemen im Alltag, in Schule/Ausbildung und im sozialen Umfeld.

2. Therapieformat (bitte ankreuzen)

- Einzeltherapie (standardmäßig), ggf. Einbezug der Eltern/Sorgeberechtigten nach Absprache
- Gruppentherapie / Training (sofern angeboten)
- Angehörigengespräche/Elternberatung (ergänzend)
- Videotherapie/Telemedizin (separat zuzustimmen bei Anbieter)

3. Ablauf & Rahmenbedingungen

- Probatorische Sitzungen zur Diagnostik, Indikation und Passung.
- Im Anschluss Kurzzeittherapie oder Langzeittherapie (je nach Indikation)
- Sitzungsdauer i. d. R. 50 Minuten; Frequenz wöchentlich oder zweiwöchentlich (abweichend nach Vereinbarung).



- Dokumentationspflicht nach gesetzlichen Vorgaben; vertrauliche Aktenführung.

4. Schweigepflicht & Datenschutz

Die Therapeutin/der Therapeut unterliegt der Schweigepflicht (§ 203 StGB). Auskünfte an Dritte erfolgen nur nach gesonderter schriftlicher Einwilligung (Schweigepflichtentbindung). Die Datenverarbeitung erfolgt gemäß DSGVO; Einzelheiten sind in der Patienteninformation/Einwilligung zur Datenverarbeitung beschrieben.

5. Absage- und Ausfallregelung

Vereinbarte Termine, die nicht wahrgenommen werden können, sind mindestens 48 Stunden (bei Rezept-/Kassenpatienten) vorher abzusagen. Wird diese Frist nicht eingehalten oder erscheint der Patient/die Patientin ohne Absage nicht, kann ein Ausfallhonorar in Höhe von bis zu 100 % des Sitzungshonorars in Rechnung gestellt werden (Selbstzahler/Privat: gemäß GOP; Kassenpatienten: pauschal 80–120 €). Es gelten die gleichen Bedingungen bei verspätetem Erscheinen, das eine ordnungsgemäße Durchführung der Sitzung verhindert.

6. Beendigung der Therapie

Die Behandlung kann von beiden Seiten jederzeit beendet werden. Eine rechtzeitige Mitteilung wird erbeten, damit ggf. eine Weiterbehandlung oder Überweisung organisiert werden kann. Im Sinne eines guten Therapieabschlusses empfiehlt sich ein gemeinsames Abschlussgespräch.

7. Einwilligungserklärung

Ich/Wir erkläre(n), über Art, Ablauf, Risiken und Grenzen der Psychotherapie, die Schweigepflicht, die Absageregulierung, die Datenverarbeitung sowie die Möglichkeit, die Einwilligung jederzeit zu widerrufen, informiert worden zu sein. Ich/Wir stimme(n) der Durchführung der Behandlung zu den genannten Bedingungen zu.

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte/r 1

Unterschrift Sorgeberechtigte/r 2

Unterschrift Patient/in (ab 14)

Praxis

Halbinselstraße 43
88142 Wasserburg

Kontakt

08382 887036
Fax 08382 998192
kontakt@psychotherapie-moroff.de
psychotherapie-moroff.de

Bankverbindung

FYRST
IBAN DE03 6407 0215 0087 9007 00
BIC PBNKDEFF