



# *Therapievertrag*

*zwischen*

*(Praxisstempel)*

*und*

---

*(Name, bei Minderjährigen auch ges. Vertreter)*

## Herzlich willkommen in meiner Privatpraxis im Fachzentrum für Psychotherapie

Sie haben sich für ein Beratungsgespräch oder die Aufnahme einer Verhaltenstherapie entschieden. Hierzu möchte ich Ihnen wichtige Informationen geben.

### Ich als Ihr Vertragspartner

Ich bin in eigener Praxis im Fachzentrum für Psychotherapie selbständig praktizierend niedergelassen und unterliege Weisungen nur im Rahmen der Berufsordnung. Diesen Behandlungsvertrag schließen Sie also mit mir persönlich ab.

### Ablauf der Psychotherapie

Vor Beginn der Therapie finden im Allgemeinen mehrere (bis zu fünf) sogenannte probatorische Sitzungen statt. In diesen je 50-minütigen Sitzungen kann ich mir ein Bild von Ihrem Anliegen machen. In dieser Phase entscheiden wir, welche therapeutischen Schritte denkbar sind und ob eine Therapie bei mir sinnvoll ist.

Bei den danach folgenden Therapiestunden hängt die Anzahl von vielen verschiedenen Faktoren ab, wie Art und Schweregrad Ihrer Beschwerden. Ich gehe davon aus, dass bei einer Kurzzeittherapie zwischen 20 und 30 Therapiestunden, bei einer Langzeittherapie bis zu 80 Therapiestunden erforderlich sein können.

Die Therapiesitzungen dauern in der Regel 50 Minuten. Es können auch längere Sitzungen vereinbart werden. Der Honorarsatz wird in diesem Fall entsprechend anteilig berechnet.

Bitte kommen Sie pünktlich, etwa fünf Minuten vor der vereinbarten Uhrzeit, da ich in der Regel im Interesse des nachfolgenden Patienten die Sitzungszeit nicht verlängern kann. Sollten Sie sich verspäten, geben Sie mir bitte telefonisch oder per Email Bescheid.

### Honorar

In meiner Privatpraxis orientiere ich mich an der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP) und berechne dabei als Basisfaktor (= allgemeiner Faktor ohne gesonderte Begründung) den 2,8-fachen-Satz. Ich kann keine Aussage darüber treffen, ob Ihre Versicherung diesen Satz in voller Höhe übernimmt, weil sich die individuellen Versicherungsverträge voneinander unterscheiden. In einzelnen Fällen kann ein (moderater) Eigenanteil für Sie verbleiben. Klären Sie dies bitte direkt mit Ihrer Versicherung.

Ich schließe mit Ihnen diesen Behandlungsvertrag persönlich ab, daher schulden Sie mir mein Honorar in voller Höhe persönlich, unabhängig von einer möglichen Erstattung durch Dritte.

Eine Übersicht über meine Honorare erhalten Sie in Form einer tabellarischen Aufstellung als **Anl. 3** zu diesem Vertrag. Bitte beachten Sie, dass auch die Erhebung der biographischen Anamnese zu vergüten ist, falls diese für die weitere Behandlung notwendig sein sollte.

### Antragstellung und ärztlicher Konsiliarbericht

Die Erstattung oder anteilige Erstattung der probatorischen Sitzungen erfolgt meist ohne besondere Formalitäten. Für Ihre Erstattung der danach folgenden Therapiesitzungen ist dann häufig eine Kostenzusage durch die Versicherung / Beihilfe nötig. Bei diesem Antrag bin ich gern behilflich. In manchen Fällen ist dafür ein ausführlicher Bericht von mir nötig, den ich entsprechend abrechne. Bitte bringen Sie mir die erforderlichen Antragsunterlagen zeitnah mit, da sonst Therapiesitzungen stattfinden könnten, obwohl noch keine Kostenzusage besteht.

Manche Versicherungen benötigen auch einen ärztlichen Konsiliarbericht. Dabei soll ein Arzt Ihrer Wahl und jeglicher Fachrichtung attestieren, dass Ihre Beschwerden keine organische Ursache haben, für die eine rein medizinische Behandlung ausreichen würde.

### Datenschutz

In der **Anl. 2** habe ich Ihnen meine Datenschutzerklärung zur Kenntnis gebracht. Sie besagt, dass ich Ihre persönlichen Daten in meiner Praxis auf elektronischem Wege speichern darf, sofern sie für die Behandlung und

und Rechnungsstellung nötig ist. Eine Weitergabe ist nur mit Ihrem Einverständnis gestattet. Sie haben das Recht, in Ihre Daten Einsicht zu nehmen und der Speicherung Ihrer Daten zu widersprechen, sofern dem keine anderen Gesetze entgegenstehen.

### **Psychotherapie und Gesundheitsprüfung**

Ich möchte Sie darauf hinweisen, dass der Abschluss von Versicherungen, die eine Gesundheitsprüfung voraussetzen (wie z. B. eine private Krankenversicherung oder Berufsunfähigkeitsversicherung), durch eine in den letzten Jahren vor Versicherungsbeginn durchlaufene Psychotherapie erschwert werden kann.

### **Terminabsagen**

Sollten Sie einmal einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, geben Sie mir bitte mindestens zwei Tage vor dem Termin Bescheid. Und zwar telefonisch oder per SMS. Erfolgt die Terminabsage nicht rechtzeitig innerhalb dieser Frist, behalte ich mir vor, ein Bereitstellungshonorar von 80,- € zu berechnen, falls ich den Termin nicht anderweitig vergeben kann.

Dieses Honorar ist von Ihnen selbst zu zahlen, eine Kostenerstattung durch die private oder gesetzliche Krankenversicherung bzw. Beihilfe findet nicht statt.

Die Termine sind stets fest für Sie reserviert. Ich bitte Sie daher um Verständnis, dass ich das Bereitstellungshonorar unabhängig von dem Grund für die Absage oder Ihr Nicht-Erscheinen in Rechnung stelle. Davon ausgenommen sind Krankheitsgründe aufgrund eines ärztlichen Attests.

### **Verschwiegenheitspflicht**

Selbstverständlich unterliege ich in allen Ihren Belangen der Verschwiegenheitspflicht. Ohne Ihre ausdrückliche schriftliche Zustimmung dürfen Informationen über die Therapie nicht an andere - auch nicht an mitbehandelnde Ärzte oder Therapeuten - weitergegeben werden.

Für die Sicherung der Qualität Ihrer Behandlung befinde ich mich in regelmäßiger Supervision und Intervention. Auch in diesem Fall wird Ihr Fall ausschließlich anonymisiert besprochen. Dennoch erbitte ich von meinen Klienten ein Einverständnis, mich zu diesem Zweck von der Schweigepflicht gegenüber der Supervisorin und den weiteren an diesen Besprechungsterminen teilnehmenden Therapeuten aus den Fachzentren für Psychotherapie zu entbinden. Dieses tun Sie mit Unterzeichnung zu diesem Vertrag. Falls Sie dies jedoch nicht wünschen, haben Sie das Recht, diesen anonymisierten Besprechungen jederzeit in Textform zu widersprechen. Bitte bedenken Sie hierbei jedoch, dass Ihre Behandlung ebenso wie die anderer Patienten von einem solchen Fachgespräch stark profitiert.

Sollte eine Entbindung von der Schweigepflicht gegenüber anderen Parteien, beispielsweise Ihrem behandelnden Arzt, für die Behandlung erforderlich sein, wird dies über eine gesonderte Verschwiegenheitspflichts-Entbindung geregelt.

### **Terminabsprachen und meine Räumlichkeiten**

Ich betreibe meine Praxis in den Räumlichkeiten der Fachzentren für Psychotherapie. Um eine Erreichbarkeit auch außerhalb meiner Behandlungszeiten sowie während meiner Behandlungen zu gewährleisten, nutze ich - gemeinsam mit anderen auch in den Räumlichkeiten ansässigen Therapeuten - auch den dortigen Empfang sowie die Telefonzentrale (gemeinsame Rufnummer).

Die am Empfang und in der Telefonzentrale tätigen Personen sind ebenso zur Verschwiegenheit verpflichtet und nehmen nur die Daten von Ihnen auf, die für die Vereinbarung eines Behandlungsverhältnisses mit mir und der Erledigung Ihrer sonst dort gestellten Anliegen notwendig sind. Diese sind in der Regel Ihr Name, Ihr Geburtsdatum, Ihre Anschrift sowie Angaben zum Grund Ihres Behandlungswunsches.

Ihre Daten werden dort wieder gelöscht, soweit das jeweilige Anliegen erledigt ist. Andere Lösungsfristen gelten dann, wenn Sie mit gesonderter Einwilligungserklärung einer Abrechnung meines Honorars durch die Fachzentren für Psychotherapie zugestimmt haben. Hierzu erhalten Sie gesonderte Informationen.

## Rechnungserteilung, Mahnwesen, Zahlungsmöglichkeiten

Für die rasche Abwicklung der Rechnungsstellung habe ich das Rechnungswesen vertraglich an die Abrechnungsstelle Dipl.-Psych. Matthias Potreck, Psychologischer Psychotherapeut, Hohenzollernring 57, 50672 Köln, übertragen. Herr Dipl.-Psych. Potreck übermittelt Ihnen in meinem Auftrag und in meinem Namen die Honorarrechnungen, überwacht die Zahlungseingänge und ist für das Mahnwesen verantwortlich. Nähere Informationen dazu finden Sie in der Einwilligungserklärung zur Datenübermittlung an die Abrechnungsstelle, **Anl. 1**, die ich Ihnen gesondert zur Unterschrift ausgehändigt habe.

Die Honorarforderung ist mit Rechnungserteilung zu begleichen, unabhängig von einer Kostenerstattung durch Ihre Krankenkasse. Bei Zahlungsverzug behalte ich mir das Recht vor, weitere Therapiesitzungen bis zum Begleichen der fälligen Summe auszusetzen. Da diese Option meist ungünstig für den weiteren Therapieverlauf ist, bitte ich Sie, es gar nicht erst dazu kommen zu lassen. Falls Sie eine Ratenzahlung wünschen, sprechen Sie mich gerne darauf an.

Als Service für Sie biete ich Ihnen die Möglichkeit an, die Honorar-Rechnung bequem per Lastschrift-Einzugsverfahren zu begleichen. Der Vorteil für Sie ist, dass Sie sich nicht mehr persönlich um eine Überweisung kümmern müssen. Weitere Informationen dazu entnehmen Sie bitte der gesonderten Lastschrift-Einzugsermächtigung.

Bitte haben Sie Verständnis, dass ich Barzahlungen aufgrund des Geldwäschegesetzes nicht akzeptieren kann.

Falls Sie diesen Vertrag für die Behandlung Ihres minderjährigen Kindes abschließen, verpflichten Sie sich mit der Unterzeichnung dieses Vertrages, die Behandlungskosten für Ihr Kind persönlich zu übernehmen.

Anlagen:

- Anl. 1** Ihre Einwilligungserklärung zur Datenübermittlung an die Abrechnungsstelle
- Anl. 2** meine Datenschutzerklärung
- Anl. 3** meine Honorarübersicht

***Ich bestätige hiermit, dass ich die vorstehenden Informationen sowie die drei bezeichneten Anlagen gelesen habe. Ich erkläre mich bereit, unter den dargelegten Voraussetzungen eine psychotherapeutische Behandlung zu beginnen (Therapievertrag). Ich weiß, dass ich das Recht habe, an jedem Zeitpunkt die Therapie zubeenden.***

Klient/in (bei Minderjährigen: ges. Vertreter)

**Name, Vorname:**

**Ort / Datum:**

**Unterschrift:**

Therapeutin/Therapeut

**Ort / Datum:**

**Unterschrift:**

***Ich freue mich auf eine erfolgreiche Zusammenarbeit mit Ihnen!***