



Behandlungsvertrag

(gesetzlich versicherte/r minderjährige/r Patient/in)

zwischen

.....
(Name, Anschrift und Alter des Patienten/der Patientin)

vertreten durch

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

und

Psychotherapeutische Praxis Lübbert & Lazardzig, Dipl. Psych. Karin Lübbert, Dipl.-Päd. Tina Lazardzig
Eppendorfer Landstrasse 112, 20249 Hamburg

wird folgende Vereinbarung getroffen:

1. Beantragung und Ablauf der Psychotherapie

Es wird eine Psychotherapie einschließlich der dazu notwendigen Diagnostik bei dem/der minderjährigen Patienten/in durchgeführt. Hierzu zählen:

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

Im Rahmen der Sprechstunde (bis zu 5 Terminen à 50Min) klärt die Psychotherapeutin ab, ob eine behandlungsbedürftige Erkrankung vorliegt. Dabei wird mit dem Patienten/der Patientin ein geeignetes Versorgungsangebot erörtert und ausgewählt und der Patient allgemein beraten und bei der Inanspruchnahme des konkreten Versorgungsangebots unterstützt.

Zu Beginn der Behandlung wird der Patient/die Patientin altersentsprechend über die Psychotherapie und deren Ablauf 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.

Die ersten probatorischen Sitzungen (in der Regel 2 à 50 Min.) dienen dazu, 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.

Sofern eine Therapie indiziert ist und die Beteiligten dies wünschen, ist vor Antrag auf Kostenübernahme und vor Beginn der Psychotherapie ein sog. Konsiliarbericht eines Arztes notwendig, aus dem hervorgeht, ob aus ärztlicher Sicht Einwände gegen eine Psychotherapie bestehen und ob eine gleichzeitige ärztliche Mitbehandlung notwendig ist.

Zur Antragstellung teilt der Psychotherapeut/die Psychotherapeutin der Krankenkasse die von ihm/ihr gestellte Diagnose schriftlich mit. Er/sie begründet dabei u.a. die Indikation und beschreibt Art und Umfang der geplanten Therapie. Die Therapie kann erst begonnen werden, wenn die Krankenkasse mit einer Kostenzusage die Leistungspflicht anerkennt bzw. wenn die Erbringung einer Kurzzeittherapie als genehmigt gilt. Der Patient bzw. dessen gesetzliche Vertreter verpflichten sich, die schriftliche Zusage der Krankenkasse unaufgefordert, dem Therapeuten in Kopie mitzubringen.

Wenn nach dem Ablauf der genehmigten Therapiestunden eine Fortführung der Therapie erfolgen soll, werden weitere Stunden nach Absprache beantragt. Erst nach Kostenzusage der Krankenkasse wird die Therapie fortgesetzt.

2. Honorarvereinbarung

a. Kosten für Sprechstunde und probatorische Sitzungen (über den kassengenehmigten Umfang hinausgehend)

Die Sprechstunde sowie die probatorischen Sitzungen werden grundsätzlich als Sachleistungen der Krankenkasse des/der gesetzlich versicherten Patienten/Patientin erbracht. Kosten entstehen für den Patienten/die Patientin und den/die gesetzlichen Vertreter/in hierdurch nicht. Wünscht der Patient/die Patientin, dass der Psychotherapeut/die Psychotherapeutin über den Höchstumfang der von der Krankenkasse finanzierten Sprechstunden bzw. probatorischen Sitzungen hinaus weitere Sprechstunden und/oder probatorische Sitzungen erbringt, so muss er/sie vor der Fortsetzung einen entsprechenden Antrag bei der Krankenkasse stellen. Wünscht er/sie eine Fortsetzung vor einer Entscheidung der Krankenkasse über eine Kostenübernahme, so verpflichtet er/sie sich hiermit, die Kosten der Behandlung selbst zu übernehmen.

b. Kosten für Therapiestunden (vor Leistungszusage der Kasse bzw. nach Ablehnung)

Wenn die Therapie auf Wunsch des Patienten/der Patientin und/oder der gesetzlichen Vertreter/in schon vor der Leistungszusage der Krankenkasse bzw. im Rahmen der Kurzzeittherapie vor Ablauf der hierbei maßgeblichen Frist von 3 Wochen begonnen wurde, ist der Patient/die Patientin verpflichtet, die Kosten der Behandlung selbst zu tragen. Dies gilt auch, wenn der Patient/die Patientin nach einer Ablehnung der Kostenübernahme wünscht, dass die Therapiesitzungen durchgeführt werden.

Die Kosten für die Sitzungen (im Fall a & b) berechnen sich nach der Ziff. 870 GOP. Sie betragen bei Anwendung eines 2,3-fachen Satzes voraussichtlich 100,55 Euro je Einzelgespräch/Einzelbehandlung von 50 Minuten (vgl. Ziff. 870 GOP). Zudem können zusätzliche Kosten für weitere Diagnostik, Telefon Gespräche, Bescheinigungen, Befundberichte und andere Mehraufwendungen entstehen, die auf der Grundlage der GOP abgerechnet werden.

Wirtschaftliche Aufklärung

Wir sind vor Beginn der Behandlung über die vorstehenden Kostenregelungen sowie die vor- aussichtlichen Kosten aufgeklärt und darauf hingewiesen worden, dass eine Kostenübernahme durch Erstattungsstellen bzw. die Krankenkasse nicht gesichert ist. Wir sind uns bewusst, dass im Falle einer Ablehnung der Kostenübernahme durch die Krankenkasse wir einzeln oder gemein- sam für die Kosten der Behandlung selbst aufzukommen haben. Eine Abschrift von diesem Vertrag haben wir erhalten.

.....
Datum und Unterschrift des Patienten/der Patientin

.....
Unterschriften des gesetzlichen Vertreters und /oder der gesetzlichen Vertreterin

3. Ausfall-Honorarvereinbarung

Die Praxis arbeitet nach dem Bestellsystem, d.h. wir reservieren im Therapiezeitraum die erforderlichen Therapiestunden. Diese finden zu fest vereinbarten Zeiten statt. Ein ausgefallener und nicht rechtzeitig abgesagter Termin wird von der Psychotherapeutin als Honorarausfall in Rechnung gestellt werden. Das Honorar wird direkt gegenüber dem Patienten/der Patientin in Rechnung gestellt und wird nicht von der Krankenkasse erstattet.

Sollte der Patient/die Patientin und/oder ein notwendig hinzuziehender gesetzlicher Vertreter zu einem vereinbarten Termin verhindert sein, soll er/sie dies dem Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin so früh wie möglich mitteilen.

Bei gemeinsamem Sorgerecht verständigen sich die Sorgeberechtigten darauf, wer die Verantwortung für die Einhaltung oder die rechtzeitige Absage der Termine stellvertretend für den anderen Sorgebe- rechtigten mit übernimmt.

Dies ist (bitte Namen eintragen).

Bei Absagen später als 48 Stunden wird ein Pauschalausfallbetrag von € 40,- erhoben. Bei Absagen später als 24 Stunden vor dem Termin berechnet die Psychotherapeutin die Sitzung direkt gegenüber dem Patienten/der Patienten privat (Ausfallhonorar), da dieser Termin in der Regel so kurzfristig nicht neu besetzt werden kann. Soweit der Termin anderweitig besetzt werden kann, entfällt ein Ausfallho- norar. Bei der Berechnung der Frist von 48/24 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. Die Psychotherapeutin verzichtet auf das Aus- fallhonorar, wenn der Patient/die Patientin und/oder der/die gesetzliche Vertreter/in die verspätete Ab- sage nicht verschuldet haben und dies durch ein ärztliches Attest oder andere Nachweise hinreichend belegt werden kann

Die Höhe des Ausfallhonorars richtet sich nach den Stundensätzen, die die Krankenkasse des/der Pa- tienten/in bzw. des/der Sorgeberechtigten zum Zeitpunkt des Ausfalls bezahlt. Der derzeitige Kassen- satz beträgt je Therapiestunde von 50 Minuten 88,56 Euro.

Vereinbarung zum Ausfallhonorar:

Wir sind damit einverstanden, dass der Psychotherapeut/die Psychotherapeutin uns privat (im Falle der gesetzlichen Vertretung dem Patienten/der Patientin) einzeln oder gemeinschaftlich ein Ausfallhonorar in Höhe von 40/88,56 Euro berechnet, wenn wir einen fest vereinbarten Behandlungstermin nicht mindestens 48/24 Stunden vor dem Termin telefonisch oder schriftlich per E-Mail absagen und der Termin nicht mit einem anderen Patienten/einer anderen Patientin besetzt werden konnte. Bei der Berechnung der Frist werden Samstage, Sonn- und Feiertage nicht mit eingerechnet. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass meine Krankenkasse nicht für das Ausfallhonorar aufkommt.

.....
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 und/oder des/der gesetzlichen Vertreter/in verfassen. Hierzu wird er/sie gezielt in jedem Einzelfall um die Entbindung von der Schweigepflicht bitten. Im Rahmen der Kostenübernahmescheidung durch die zuständige Krankenkasse ist es notwendig, der Krankenkasse Informationen über Beschwerden, die Problematik und den Therapieplan zu übermitteln. Diese Informationen können – soweit erforderlich – in anonymisierter Form an einen unabhängigen Gutachter weitergeleitet werden. Der Patient/die Patientin grundsätzlich Anspruch auf Einsichtnahme in die übermittelten Informationen. Die Vertragsparteien sind sich darüber einig, dass die Psychotherapeutin/der Psychotherapeut im Zusammenhang mit dieser Behandlung keine gerichtlichen Stellungnahmen und Gutachten abgeben wird.

Schweigepflichtentbindungserklärung

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass der Psychotherapeut/die Psychotherapeutin für die Beantragung der Kostenübernahme einen Bericht über die Beschwerden, die Problematik und den Therapieplan übermittelt, der anonymisiert an einen unabhängigen Gutachter weitergeleitet wird. Insoweit entbinde ich hiermit den Psychotherapeuten/die Psychotherapeutin von seiner /ihrer Schweigepflicht ausdrücklich.

Ich bin mir bewusst, dass meine Erklärung jederzeit widerruflich ist.

.....
Datum und Unterschrift des Patienten/der Patientin

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

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.

6. Email

Es besteht die Möglichkeit, mit der Praxis Informationen und Daten per Email auszutauschen. Die Praxis wird den Emailverkehr im Wesentlichen für Terminabsprachen nutzen. Sensible persönliche Daten werden nicht per Email versendet.

Ich bin damit einverstanden und bitte, folgende Email-Adresse zu nutzen:

.....
(E-Mail-Adresse)

7. Erklärung zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden

Mit einer Übermittlung von Behandlungsdaten an meine Hausärztin/ meinen Hausarzt bzw. Fachärztin/ Facharzt bin ich einverstanden, sofern dies im Behandlungsverlauf anlassbezogen und zielführend ist.

Ich bin nicht einverstanden mit einer routinemäßigen (quartalsweisen) Übermittlung von Behandlungsdaten.

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift Psychotherapeut/in

.....
Unterschrift Patient/in

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

Praxis Lübbert & Lazardzig

Dipl.-Psych. Karin Lübbert
Dipl.-Päd. Tina Lazardzig

LANR: 230494768
LANR: 516250969

Eppendorfer Landstr. 112
20249 Hamburg

T. 040 38 68 78 51
F. 040 38 68 78 53

info@praxis-luebbert.de
www.praxis-luebbert.de

BSNR
023278898