

Behandlungsvereinbarung

zwischen **Martina Janisch, Praxisinhaberin der Praxis Martina Janisch:**

und

Frau / Herrn _____

Straße und Hausnr.: _____

PLZ und Wohnort: _____

Exemplar für Ihre Unterlagen

Ich habe die Information zu den Rahmenbedingungen der Behandlung in der Praxis für Psychotherapie Martina Janisch gelesen und stimme den folgenden Aussagen zu:

- Ich habe die Datenschutzrichtlinie gemäß DGSVO zur Kenntnis genommen und bin mit der Verarbeitung meiner Daten einverstanden.
 - Mir ist bekannt, dass der Emailverkehr prinzipiell unsicher sein kann, trotzdem wünsche ich mit der Praxis per Email zu kommunizieren und bitte folgende Emailadresse zu nutzen:

 - Ich wurde über die Regelungen der Videosprechstunde aufgeklärt. Hiermit willige ich in die Durchführung von psychotherapeutischen Videosprechstunden unter Geltung der oben genannten Regelungen ein. Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden (Einverständniserklärung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung bei Durchführung einer Videosprechstunde nach Maßgabe der Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß Anlage 31 b zum Bundesmantelvertrag – Ärzte SGB V).
 - Ich verpflichte mich zur Verschwiegenheit, wenn ich an Psychotherapiegruppen teilnehme.
 - Ich erlaube dem/der TherapeutIn Videoaufzeichnungen für Behandlungszwecke und für die Qualitätssicherung im Rahmen der Supervision nach vorheriger Absprache mit mir zu Beginn der jeweiligen Sitzung anzufertigen.
 - Ich erlaube dem/der TherapeutIn, meinen Fall mit einer/m SupervisorIn, die/der ihrer-/seinerseits zur Verschwiegenheit verpflichtet sind, zu besprechen und ggf. Videomaterial anzuschauen.
 - Die Kosten der psychotherapeutischen Sprechstunde, der Probatorik sowie der ambulanten Psychotherapie sollen gemäß nachfolgender Erklärung abgerechnet werden:
 - Ich bin **gesetzlich** krankenversichert bei _____ und wünsche eine Abrechnung über die gesetzliche Krankenkasse.
 - Ich bin **privat versichert** bei _____
 - Ich bin beihilfeberechtigt, **Beihilfestelle** _____
 - Ich möchte die Psychotherapiekosten **selbst** zahlen.
 - Die Therapiekosten werden von einem **anderen Träger** übernommen:
- _____

Mir ist bekannt, dass ich unabhängig von der Erstattung durch Dritte (z.B. private Krankenversicherung, Beihilfe, gesetzliche Krankenversicherung im Kostenerstattungsverfahren bei §13 Abs. 2 oder 3 SGB V, wenn ich meine Gesundheitskarte nicht rechtzeitig eingereicht oder einen Krankenkassenwechsel nicht rechtzeitig mitgeteilt habe) das Honorar der Praxis persönlich in voller Höhe schulde.

- Ich verpflichte mich, bei Verhinderung einen vereinbarten Behandlungstermin möglichst spätestens 48 Stunden vorher abzusagen (bei Terminen am Montag Absage bis Freitag 15 Uhr) und stimme der Ausfallhonorarvereinbarung von 60€ pro nicht rechtzeitig abgesagter Sitzung zu. Dies gilt auch bei Krankheit, Autopannen, unerwartet längere Arbeitszeiten o. ä.
- Ich versichere, während der Dauer der Psychotherapie keinerlei Suizidhandlungen an mir vorzunehmen. Falls mein/ meine TherapeutIn nicht erreichbar ist und ich dies nicht mehr garantieren kann, kontaktiere ich meinen behandelnden Hausarzt/ Psychiater bzw. diensthabenden Arzt des hausärztlichen Notdiensts (116 117), den Rettungsdienst (112) oder die Notaufnahme der nächstgelegenen psychiatrischen Klinik (z. B. Klinik Christophsbad, Göppingen, Notfallservice: 07161 601-9801; Medius Klinik Kirchheim, 07021 88-0; ohne Gewähr).

Ort, Datum, Unterschrift PatientIn

Behandlungsvereinbarung

zwischen **Martina Janisch, Praxisinhaberin der Praxis Martina Janisch:**

und

Frau / Herrn _____

Straße und Hausnr.: _____

PLZ und Wohnort: _____

Exemplar für die Praxis – bitte unterschrieben vor dem ersten Termin an uns zurück

Ich habe die Information zu den Rahmenbedingungen der Behandlung in der Praxis für Psychotherapie Martina Janisch gelesen und stimme den folgenden Aussagen zu:

- Ich habe die Datenschutzrichtlinie gemäß DGSVO zur Kenntnis genommen und bin mit der Verarbeitung meiner Daten einverstanden.
 - Mir ist bekannt, dass der Emailverkehr prinzipiell unsicher sein kann, trotzdem wünsche ich mit der Praxis per Email zu kommunizieren und bitte folgende Emailadresse zu nutzen:

 - Ich wurde über die Regelungen der Videosprechstunde aufgeklärt. Hiermit willige ich in die Durchführung von psychotherapeutischen Videosprechstunden unter Geltung der oben genannten Regelungen ein. Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden (Einverständniserklärung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung bei Durchführung einer Videosprechstunde nach Maßgabe der Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß Anlage 31 b zum Bundesmantelvertrag – Ärzte SGB V).
 - Ich verpflichte mich zur Verschwiegenheit, wenn ich an Psychotherapiegruppen teilnehme.
 - Ich erlaube dem/der TherapeutIn Videoaufzeichnungen für Behandlungszwecke und für die Qualitätssicherung im Rahmen der Supervision nach vorheriger Absprache mit mir zu Beginn der jeweiligen Sitzung anzufertigen.
 - Ich erlaube dem/der TherapeutIn, meinen Fall mit einer/m SupervisorIn, die/der ihrer-/seinerseits zur Verschwiegenheit verpflichtet sind, zu besprechen und ggf. Videomaterial anzuschauen.
 - Die Kosten der psychotherapeutischen Sprechstunde, der Probatorik sowie der ambulanten Psychotherapie sollen gemäß nachfolgender Erklärung abgerechnet werden:
 - Ich bin **gesetzlich** krankenversichert bei _____ und wünsche eine Abrechnung über die gesetzliche Krankenkasse.
 - Ich bin **privat versichert** bei _____
 - Ich bin beihilfeberechtigt, **Beihilfestelle** _____
 - Ich möchte die Psychotherapiekosten **selbst** zahlen.
 - Die Therapiekosten werden von einem **anderen Träger** übernommen:
- _____

Mir ist bekannt, dass ich unabhängig von der Erstattung durch Dritte (z.B. private Krankenversicherung, Beihilfe, gesetzliche Krankenversicherung im Kostenerstattungsverfahren bei §13 Abs. 2 oder 3 SGB V, wenn ich meine Gesundheitskarte nicht rechtzeitig eingereicht oder einen Krankenkassenwechsel nicht rechtzeitig mitgeteilt habe) das Honorar der Praxis persönlich in voller Höhe schulde.

- Ich verpflichte mich, bei Verhinderung einen vereinbarten Behandlungstermin möglichst spätestens 48 Stunden vorher abzusagen (bei Terminen am Montag Absage bis Freitag 15 Uhr) und stimme der Ausfallhonorarvereinbarung von 60€ pro nicht rechtzeitig abgesagter Sitzung zu. Dies gilt auch bei Krankheit, Autopannen, unerwartet längere Arbeitszeiten o. ä.
- Ich versichere, während der Dauer der Psychotherapie keinerlei Suizidhandlungen an mir vorzunehmen. Falls mein/ meine TherapeutIn nicht erreichbar ist und ich dies nicht mehr garantieren kann, kontaktiere ich meinen behandelnden Hausarzt/ Psychiater bzw. diensthabenden Arzt des hausärztlichen Notdiensts (116 117), den Rettungsdienst (112) oder die Notaufnahme der nächstgelegenen psychiatrischen Klinik (z. B. Klinik Christophsbad, Göppingen, Notfallservice: 07161 601-9801; Medius Klinik Kirchheim, 07021 88-0; ohne Gewähr).

Ort, Datum,