

## Behandlungsvertrag

Liebe Eltern, liebe(r) Jugendliche(r),

Ich möchte Sie/ Dich bitten, folgenden Vertrag genau zu lesen und diesen zu unterschreiben, wenn Sie/ Du damit einverstanden sind/ bist:

- Heute findet eine *Therapeutische Sprechstunde* statt, die dem Kennenlernen und der Einordnen der Symptomatik dienen soll.
- Bei Minderjährigen ist Voraussetzung für eine Behandlung, dass alle Sorgeberechtigten/gesetzlichen Vertreter\*innen ihr Einverständnis für die Behandlung erteilen. Falls es Unstimmigkeiten gibt, sprechen Sie diese bitte **sofort zu Beginn der Stunde** an. Eine Unterschrift von allen Sorgeberechtigten/gesetzlichen Vertreter\*innen ist zwingend erforderlich!
- Nach Wunsch und Bedarf folgen in den nächsten Wochen einige Stunden Diagnostik, um den Therapiebedarf zu klären und, wenn nötig, einen Therapieplan zu erstellen. Dabei werden unterschiedliche diagnostische Mittel eingesetzt.
- Sollte es zu einer Therapie kommen, werden Antragsformulare mit Ihnen/ Dir besprochen und bei der zuständigen Krankenkasse **von der Therapeutin** eingereicht. Dazu wird dann ebenfalls ein **Konsiliarbericht** benötigt, welcher vom Kinder-/Hausarzt/ärztin bzw. Facharzt/ärztin ausgefüllt werden muss. Diesen händige ich Ihnen/dir rechtzeitig aus, damit Sie /du ihn an den zuständigen Arzt/Ärztin weiterleiten und anschließend ausgefüllt an mich zurückschicken.  
Für **Privatpatient\*innen** gilt hier Eigenverantwortung, bitte erkundigen Sie sich bei Ihrer Versicherung über Ihre Vertragsbedingungen. Nicht erstattungsfähige Kosten müssen von Ihnen/Dir selbst getragen werden.
- Die Termine finden wöchentlich, 14-tägig oder nach Bedarf statt. Termine vereinbaren Therapeutin und Patient\*in miteinander.
- Nach Bedarf finden Familiengespräche/ Elterngespräche statt, um die Entwicklung zu Hause zu begleiten und auf Ihre/ Deine Fragen, in Bezug auf die Gemeinschaft, eingehen zu können.

- Können Sie/ Kannst Du einen vereinbarter Termin nicht wahrnehmen, muss dieser **mindesten 48 Stunden vorher** abgesagt werden.  
Wird der Termin innerhalb der 48 Stunden abgesagt und bleibt unbesetzt, fällt eine Ausfallgebühr für Sie/ Dich an, da die Fehlzeit auch für die Praxis einen Ausfall bedeutet.  
**Dieses Ausfallhonorar beträgt 110 Euro** (nach §615 Satz 1 BGB). Wird dieses nicht beglichen, werden alle weiteren Termine gestrichen.
- Bei kurzfristiger Absage aufgrund Erkrankung, ist unaufgefordert ein Attest vorzulegen und das Ausfallhonorar entfällt.
- Da eine regelmäßige Teilnahme während einer Therapie sehr wichtig ist, sehe ich bei unentschuldigtem Fehlen oder unzuverlässiger Teilnahme die Voraussetzungen für eine Weiterführung der Behandlung als nicht gegeben an und die Therapie wird beendet.
- Zu Beginn jedes neuen Quartals bitte ich Sie/ Dich, die gültige Krankenversichertenkarte mitzubringen und ungefragt vorzulegen (für Kassenpatient\*innen).
- Findet ein Krankenkassenwechsel statt, informiere/n Sie/ Du mich bitte unverzüglich darüber, ansonsten können private Kosten für Sie/Dich anfallen.
- Im Laufe der Behandlung werden Daten erhoben, diese dienen zur Sicherstellung der Diagnose und zur Qualitätssicherung der Praxis. Entsprechend den gesetzlichen Vorgaben müssen alle Unterlagen zehn Jahre archiviert werden. Nach Ablauf dieser Frist werden diese Unterlagen vollständig vernichtet.
- Alle von Ihnen/ Dir in der Therapie geäußerten Inhalte unterliegen der Schweigepflicht und dürfen von der Therapeutin nur mit vorheriger Zustimmung weitergegeben werden. Ausgenommen von dieser Regelung sind Fremd- oder Eigengefährdung.

Hiermit erklären wir uns/ erkläre ich mich mit dem Behandlungsvertrag einverstanden und wir sind/ ich bin darauf hingewiesen und aufgeklärt worden, dass unter bestimmten Bedingungen (siehe oben) private Kosten auf uns/ mich zukommen können.

\_\_\_\_\_  
Datum/ Unterschrift Patient\*in

\_\_\_\_\_  
Datum/ Unterschrift  
Sorgeberechtigte(r)/gesetzliche(r) Vertreter\*in

\_\_\_\_\_  
Datum/ Unterschrift  
Sorgeberechtigte(r)/gesetzliche(r) Vertreter\*in