

# Therapievereinbarung



Praxis für Kinder- und  
Jugendlichenpsychotherapie  
Sarah Szombati

zwischen

Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Sarah Szombati

und

---

*PatientIn (Vor- und Nachname) & gesetzlicher Vertreter*

Sie haben Sich für ein Beratungsgespräch oder die Aufnahme einer Verhaltenstherapie in meiner Praxis entschieden. Hierzu möchte ich Ihnen wichtige Informationen geben:

## **Ablauf der Psychotherapie**

Vor Beginn der Therapie finden in der Regel mehrere (bis zu fünf) Psychotherapeutische Sprechstunden und bis zu sechs sogenannte Probatorische Sitzungen statt. In diesen i.d.R. **50-minütigen** Sitzungen kann ich mir ein Bild von Ihrem Anliegen machen und die mögliche Indikation für eine Psychotherapeutische Behandlung stellen. Gemeinsam entscheiden wir, welche therapeutischen Schritte denkbar sind und ob eine Therapie bei mir sinnvoll ist.

Die Anzahl der darauffolgenden Behandlungen hängt von verschiedenen Faktoren ab, wie Art und Schweregrad Ihrer Beschwerden. Eine Kurzzeittherapie erstreckt sich über 2x 12 Einzelstunden + jeweils 3 Bezugspersonenstunden. Bei einer Langzeittherapie können zunächst 60 Einzelstunden +Bezugspersonenstunden und anschließend bis zu 80 Einzelstunden +Bezugspersonenstunden beantragt werden.

Die Einzeltherapiesitzungen dauern in der Regel 50 Minuten, die Gruppensitzungen 100 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 im Interesse des nachfolgenden Patienten die Sitzungseinheit nicht verlängern kann. Sollten Sie sich verspäten, geben Sie mir bitte telefonisch/per messenger/ e-mail bescheid.

In Ausnahmefällen beende ich die Therapie vorzeitig, wenn die Voraussetzungen für das Gelingen der Behandlung nicht mehr gegeben sind (fehlende Umstellungsfähigkeit, Lebensumstände, mangelnde -zuverlässigkeit, Verweigerung). Die Gründe werden mit Ihnen besprochen.

## **Honorar**

### **Für gesetzlich krankenversicherte PatientInnen gilt:**

Die Kosten der Behandlung werden von Ihrer gesetzlichen Krankenversicherung übernommen. Sie verpflichten sich, jeweils zu Beginn eines Quartals Ihre **Chipkarte** vorzulegen, da die Leistungen ansonsten privat in Rechnung gestellt werden müssen. Einen **Wechsel** der Krankenkasse oder den **Verlust** des Versichertenstatus teilen Sie mir bitte unverzüglich mit.

### **Für privat versicherte PatientInnen gilt:**

In meiner Privatpraxis orientiere ich mich an der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP, Ziffer 870) und berechne dabei als Basisfaktor (=allgemeiner Faktor ohne gesonderte

## **Therapievereinbarung**

Begründung) den 2,8 fachen Satz. Bitte erkundigen Sie sich vorab ob und in welcher Höhe Ihre private Krankenversicherung die ambulante psychotherapeutische Behandlung übernimmt. In einzelnen Fällen kann ein moderater Eigenanteil für Sie verbleiben.

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

### **Datenschutz**

In der Anlage 1 habe ich Ihnen meine Datenschutzerklärung zur Kenntnis gebracht. Sie besagt, dass ich Ihre persönlichen Daten in meiner Praxis auf elektronischem Weg speichern darf, sofern sie für die Behandlung und Rechnungstellung nötig sind. Sie haben das Recht, in Ihre Daten Einsicht zu nehmen und der Speicherung Ihrer Daten zu widersprechen, sofern dem keine anderen Gesetze entgegenstehen.

### **Terminabsagen**

Sollten Sie einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, geben Sie mir bitte zwei Werktage vor dem Termin telefonisch oder per sms Bescheid. Erfolgt die Terminabsage nicht rechtzeitig, stelle ich Ihnen ein Bereitstellungshonorar von **80,-€** in Rechnung.

Dieses Honorar wird nicht von Ihrer Krankenkasse übernommen und ist von Ihnen selbst zu zahlen. Die Termine sind stets 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 krankheitsbedingte Absagen aufgrund eines ärztlichen Attests.

### **Verschwiegenheitspflicht**

Ich unterliege in allen Ihren Belangen der Verschwiegenheitspflicht und gebe, ohne Ihre ausdrückliche Zustimmung, Informationen über die Therapie nicht an andere weiter. Für die Sicherung der Qualität Ihrer Behandlung befinde ich mich in regelmäßiger Inter- Supervision. Auch in diesem Fall wird Ihr Fall ausschließlich anonymisiert besprochen. Ich erbitte mir Ihr Einverständnis, mich zu diesem Zweck von der Schweigepflicht gegenüber Supervisorinnen/ Kolleginnen für diese Besprechungstermine zu entbinden. Dieses tun Sie mit Unterzeichnung dieses Vertrags. Falls Sie es jedoch nicht wünschen, haben Sie jederzeit das Recht, diese anonymisierten Besprechungen in Textform zu widersprechen.

### **Verpflichtung**

Ich verpflichte mich, die Therapie nach bestem Wissen und Gewissen aufgrund meiner Fachkenntnis und Berufserfahrung als Psychotherapeutin durchzuführen.

Eine bestmögliche Behandlung bedarf auch die Mitarbeit des Patienten. Sie verpflichten sich evtl vorhandene Suizidgedanken mit der Therapeutin zu besprechen, sodass gemeinsam Schutzmaßnahmen überlegt werden können und Sie sich notfalls freiwillig zu Ihrem Schutz in stationäre Behandlung begeben können.

Außerdem willigen Sie ein, während der Therapie keine illegalen Drogen zu konsumieren und im Falle einer bestehenden Suchterkrankung Abstinenz bis spätestens zur 10. Sitzung anzustreben und diese in Absprache mit dem Haus/Kinderarzt dokumentieren zu lassen.

## Therapievereinbarung

Um Ausfallstunden entgegenzuwirken, biete ich in meiner Praxis Online Therapien an. Mit der Unterzeichnung dieses Vertrags erteilen Sie mir Ihr Einverständnis dazu.

Weiterhin verpflichtet Sie sich **psychotherapeutische Videoleistungen** nicht zu speichern und keine Mitschnitte zu erstellen.

### Erklärung zur elektronischen Kommunikation

Es besteht die Möglichkeit, mit der Praxis digital zu kommunizieren. Diese Kommunikationswege werden im Wesentlichen für Terminabsprachen und andere organisatorische Abstimmungen genutzt. Sensible persönliche Daten werden nicht digital versendet. Über die prinzipielle Unsicherheit der verschiedenen **elektronischen Kommunikationswege** wurde ich informiert.

### Ich bin mit der Nutzung folgender Kommunikationswege einverstanden:

- e-mail
- Epikur Messenger (Praxis APP)
- SMS
  
- Ich erkläre mich mit der Therapievereinbarung einverstanden.
- Ich habe das „Merkblatt zur ambulanten Psychotherapie“ erhalten und gelesen.
- Ich wurde umfassend über Psychotherapie, ihrer Wirkung und Nebenwirkungen, den Ablauf einer psychotherapeutischen Behandlung, ihrer Ziele und Zwecke sowie möglicher alternativen Behandlungsmethoden aufgeklärt.
- Ich habe die Information zum Ausfallhonorar erhalten und erkläre mich damit einverstanden.
- Ich habe die Datenschutzerklärung (Anlage1) erhalten und erkläre mich einverstanden.
- Ich wurde nach der Schweigepflichtsentbindung gegenüber meinem Hausarzt gefragt und habe meine Erklärung dazu abgegeben.

---

*Unterschrift Therapeutin*

*Ort, Datum*

*Unterschrift PatientIn  
(gesetzlicher Vertreter)*

# Therapievereinbarung

## ANLAGE 1

### PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

### 1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Sarah Szombati  
Bernhardstr. 29  
53721 Siegburg  
Deutschland

[www.psychotherapie-szombati.de](http://www.psychotherapie-szombati.de)  
[info@psychotherapie-szombati.de](mailto:info@psychotherapie-szombati.de)  
Tel: +49 151 15772886

### 2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrer Psychotherapeutin und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Dies ist notwendig um eine dem Standard entsprechende psychotherapeutische Behandlung durchzuführen und um den mit Ihnen geschlossenen Behandlungsvertrag ordnungsgemäß zu erfüllen. Die Erhebung personenbezogener Daten dient nur dem Zweck der Verbesserung Ihres Gesundheitszustandes und geschieht in keinem Fall grundlos. Datenschutzrechtliche Vorgaben sowie die Rechte und Pflichten, die sich aus dem Therapievertrag ergeben, werden beachtet. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlüsse und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen

### 3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend mit gesetzlicher Erlaubnis zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger.

# Therapievereinbarung

## 4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben. Nach Ablauf dieser Frist werden Ihre Daten gelöscht. Ihre Daten werden durch geeignete technische und organisatorische Systeme geschützt.

## 5. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

## 6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit § 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

*Ich habe obige Patienteninformation zum Datenschutz gelesen und stimme mit meiner Unterschrift zu, dass meine Daten konform des Artikel 9 Absatz 2 lit. h der DSGVO in Verbindung mit § 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b des Bundesdatenschutzgesetz elektronisch erfasst und verarbeitet werden können.*

*Diese Einverständnis kann von mir jederzeit widerrufen werden.*

---

Ort, Datum

Unterschrift PatientIn / gesetzlicher Vertreter