

## Therapievertrag

zwischen MVZ Klinikum Nordfriesland, Praxis für Psychotherapie

und der/dem Patienten/in:

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Straße/Hausnr.:	PLZ/Ort:
Telefon (Festnetz):	Telefon (mobil):
E-Mail:	Beruf:

Letzte Therapie von/bis:

### Wichtige Hinweise:

Laufende Therapien sollten nach Möglichkeit mit einer Frist von mindestens 14 Tagen bis zum nächsten Monatsende mündlich oder schriftlich gekündigt bzw. beendet werden.

Der Patient verpflichtet sich, evtl. vorhandene Suizidgedanken mit dem Therapeuten zu besprechen, so dass gemeinsam Schutzmaßnahmen überlegt werden können und sich notfalls freiwillig zu seinem Schutz in stationäre Behandlung zu begeben.

Der Patient verpflichtet sich, während der Therapie keine illegalen Drogen zu konsumieren und im Falle einer bestehenden Suchterkrankung Abstinenz anzustreben sowie diese in Absprache durch den Hausarzt kontrollieren zu lassen.

Bei Teilnahme an einer Gruppentherapie gilt Verschwiegenheit bezüglich aller Informationen, die Teilnehmer\*innen im Rahmen der Behandlung berichten.

#### 1. Datenerfassung und -speicherung:

Dem Patienten wird zur Kenntnis gebracht, dass im Rahmen der Behandlung, Daten über seine Person, seinen sozialen Status sowie für die Behandlung notwendige medizinische Daten erhoben und verarbeitet werden und im Rahmen der Zweckbestimmung unter Wahrung der Voraussetzungen des Datenschutzgesetzes beziehungsweise sozial rechtliche Vorgaben an Dritte (zum Beispiel Kostenträger) übermittelt werden können, beziehungsweise müssen. Alle Personen, denen die Daten mitgeteilt werden, unterliegen einer gesetzlichen Verschwiegenheitspflicht.

Die Daten werden in einem Computersystem und in Patientenakten festgehalten. So werden zum Beispiel Krankheitsverläufe erstellt, Gesundheitsdaten erfasst oder Anträge an die Krankenkasse gestellt.

Die Praxisverwaltungssoftware muss von einer externen IT-Firma betreut werden. Diese unterliegt strengsten Datenschutzbestimmungen.

Wir bitten um Ihr Verständnis, dass ohne die Eingabe der Daten in das Computersystem eine Behandlung leider nicht möglich ist.

**Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Informationen, die ich im Rahmen der Behandlung mitteile, in dem dafür vorgesehenen Computersystem gespeichert und zu Behandlungszwecken weiterverarbeitet werden.**

- ja       nein

**2. Datenübermittlung an den Hausarzt/Facharzt gemäß §73 Abs. 1, 1bSGB V:**

Die Behandler sind verpflichtet, einem überweisenden Arzt unaufgefordert einen Befundbericht zu übermitteln. Hierzu bedarf es keiner ausdrücklichen Schweigepflichtentbindungserklärung Ihrerseits, sondern es besteht für uns eine Offenbarungspflicht. Von dieser können Sie uns jedoch entbinden.

Wir möchten Sie daher bitten, eine der nachfolgenden Möglichkeiten zu wählen:

- Ich bitte um Übermittlung eines ausführlichen Befundberichtes an meinen überweisenden Arzt, inkl. persönlicher Daten zu meiner Lebensgeschichte, Symptomatik und durchgeführten Behandlungen.**
- Ich möchte, dass im Bericht an den überweisenden Arzt lediglich die Diagnosen nach dem ICD-10 und die durchgeführte Therapie mitgeteilt wird.**
- Ich möchte für die gesamte Zeit meiner weiteren Behandlung keine Befundmitteilung an den überweisenden Arzt, es sei denn, ich treffe mit Ihnen eine andere Vereinbarung.**

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass eine Übermittlung des Befundberichtes - nach Möglichkeit - grundsätzlich elektronisch stattfindet. Hierzu wird der Kommunikationsdienst KIM verwendet. Jede Nachricht über KIM wird automatisch verschlüsselt und signiert.

Ich erkläre mich mit der elektronischen Übermittlung des Befundberichtes einverstanden

- ja       nein

**3. Ausfallhonorar/Zahlungsverzug:**

Das mit Ihnen vereinbarte Zeitfenster für Einzelgespräche oder Gruppentherapie wird exklusiv für Sie freigehalten. Im Verhinderungsfall möchten wir Sie daher bitten, uns so früh wie möglich, spätestens zwei Werktage vor dem vereinbarten Termin, zu informieren. Der Samstag gilt nicht als Werktag.

Sollte diese Frist nicht eingehalten werden, müssen wir Ihnen ein Ausfallhonorar in Rechnung stellen. Diese Regelung gilt auch dann, wenn ein Termin z. B. durch Krankheit, Autopannen, unerwartet längere Arbeitszeit o. ä. versäumt wird, denn solche Risiken liegen im Verantwortungsbereich des Patienten.

**Ich bin darüber informiert worden, dass mit mir vereinbarte Termine extra für mich reserviert sind und mir ohne Erstattungsmöglichkeit durch Krankenkassen, Beihilfestellen oder Versicherungen in Form einer Privatrechnung in Rechnung gestellt werden, falls ich diese Termine nicht einhalte bzw. nicht rechtzeitig (mindestens 48 Stunden vor dem vereinbarten Termin) absage.**

- ja       nein

**Ich bin damit einverstanden, dass von mir gegenüber dem MVZ Klinikum Nordfriesland GmbH nicht beglichene Honorarforderungen unter Mitteilung meiner Adressdaten und Bekanntgabe der erbrachten Behandlungsleistungen anhand der Gebührenpositionen an einen Rechtsanwalt zur Prüfung und Geltendmachung der Forderung weitergegeben werden dürfen.**

- ja       nein

**4. Hinzuziehung bisheriger Krankenakten:**

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass bereits vorhandene Krankenakten im Rahmen der Behandlung hinzugezogen werden dürfen. (Hinweis: Haben Sie besondere persönliche Gründe gegen die Heranziehung früherer Behandlungsunterlagen, dann kreuzen Sie bitte "nein" an und besprechen dies im Behandlungsgespräch.

Der Behandler oder die Behandlerin muss dann entscheiden, ob eine Behandlung ohne die früheren Unterlagen - auf Ihr Risiko - aus medizinischen Gründen verantwortet werden kann oder abgelehnt wird.)

- ja       nein       entfällt

**5. elektronische Patientenakte (ePA)**

Die Nutzung der elektronischen Patientenakte (ePA) ist freiwillig. Möchten Sie nicht, dass die ePA während der Behandlung in der Praxis für Psychotherapie **nicht** befüllt wird, so müssen Sie nachfolgend aktiv widersprechen. Der Zugriff auf Informationen, die sich in Ihrer elektronischen Patientenakte befinden, ist davon ausgenommen. Wir möchten Sie bitten, eine der nachfolgenden Möglichkeiten zu wählen:

- Ich bitte um das Einpflegen von aktuellen Befundberichten und Formularen in meine ePA, die im Rahmen der Behandlung in der Praxis für Psychotherapie, MVZ Klinikum Nordfriesland GmbH erstellt werden.**
- Ich widerspreche dem Einpflegen von Befundberichten und Formularen in meine ePA im Rahmen meiner Behandlung in der Praxis für Psychotherapie, MVZ Klinikum Nordfriesland GmbH**
- Ich wünsche mir zusätzlich zur erstgenannten Option ein Einpflegen folgender Unterlagen in die ePA:**

---



---

**6. für privat versicherte Patienten gilt:**

Die Rechnungsstellung erfolgt durch das MVZ Klinikum Nordfriesland GmbH, jeweils am Ende des Quartals, entsprechend der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. der Gebührenordnung für Psychologen (GOP), üblicherweise mit dem 2,3-fachen bis 3,5-fachen Steigerungssatz. Unabhängig von der Erstattung durch Dritte (z. B. private Krankenversicherung oder Beihilfe) ist der Patient als Rechnungsempfänger für die termingerechte Zahlung verantwortlich. Fragen zur Abrechnung und den Steigerungssätzen stellen Sie bitte im Rahmen des Erstgespräches.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Abrechnung wie oben beschrieben vorgenommen wird:

- ja       nein

**6. Empfangsbestätigung:**

**Hiermit bestätige ich, dass ich eine Ausfertigung des Therapievertrages erhalten habe.**

- ja       nein

Mir ist bekannt, dass ich die vorstehenden Einverständniserklärungen jederzeit für die Zukunft ganz oder teilweise widerrufen kann.

....., den.....  
Patient

....., den.....  
Behandler