



Praxis für Psychotherapie und Neuropsychologie

Dr. phil. Dipl.-Psych. Simone Goebel

Sophienblatt 19, 24103 Kiel

Telefon: 0431-58094190

E-Mail: praxis@therapie-goebel.de

Web: www.therapie-goebel.de

Behandlungsvertrag

Liebe Frau, lieber Herr _____,

ich freue mich, dass Sie für Ihr Anliegen meine Praxis ausgewählt haben. Ich werde mich dafür einsetzen, dass Ihre Behandlung in möglichst kurzer Zeit möglichst großen Erfolg bringen wird. Zu Beginn möchte ich Sie über einige organisatorische Dinge informieren.

Angebot: In meiner Praxis behandle ich Erwachsene und Jugendliche, wobei ich psychotherapeutische Diagnostik und Behandlungen sowie neuropsychologische Diagnostik und Therapie anbiete. Auch Beratung und Coaching gehören zu meinem Angebot.

Verlauf: Die Behandlung wird in Einzelsitzungen von jeweils 50 Minuten durchgeführt, welche kontinuierlich über einen längeren Zeitraum erfolgen. Der Sitzungsabstand wird mit Ihnen individuell festgelegt; meist finden Sitzungen in wöchentlichem oder 14-tägigem Abstand statt. In Krisensituationen oder auch bei Einsatz bestimmter therapeutischer Verfahren mit intensivem Übungscharakter können auch mehrere Einzelsitzungen zu einem Block zusammengefasst oder Termine in kürzeren zeitlichen Abständen vereinbart werden.

Diagnostik: Eine erfolgreiche Behandlung muss individuell geplant und sorgfältig durchgeführt werden, dafür ist eine gründliche psychologische Untersuchung nötig. Dazu wird immer eine umfassende Diagnostik in Form von Fragebögen und Befragung im Gespräch durchgeführt. Die Ergebnisse werden in einer persönlichen Problemanalyse und Diagnose zusammengefasst, die Grundlage für das weitere Vorgehen sind.

Vertraulichkeit: Ich unterliege der gesetzlichen Schweigepflicht und alle persönlichen Angaben werden absolut vertraulich behandelt.

Kosten: Die Kosten können von Ihrer privaten Krankenkasse/Beihilfe, den Berufsgenossenschaften (BG) sowie weiteren Trägern außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) übernommen werden. In einigen Fällen übernehmen auch die GKV die Behandlungskosten im Rahmen der sog. Kostenerstattung. Auch eine Behandlung als Selbstzahler:in ist möglich. Ich rechne – mit Ausnahme von Behandlungen, welche über die BG finanziert werden – immer **direkt mit Ihnen** ab. Im Rahmen des Kostenerstattungsverfahrens können Sie eine sog. Abtretungserklärung unterschreiben, dann kann ich die Rechnung direkt an Ihre Krankenkasse stellen.

Falls sich im Laufe Ihrer Therapie Ihr Versicherungsstatus ändern sollte, teilen Sie mir dies bitte umgehend mit.

Hinweis: Für den Fall, dass Sie in absehbarer Zeit planen, eine private Kranken- oder Berufsunfähigkeitsversicherung abzuschließen oder sich verbeamten zu lassen, bedenken Sie bitte, dass Sie zur Inanspruchnahme von Psychotherapie befragt werden können. Zu möglichen Folgen informieren Sie sich bitte vor Therapiebeginn beispielsweise im Internet.

Rechtzeitige Terminabsage: Bitte sagen Sie Termine, die Sie nicht wahrnehmen können, so früh wie möglich, mindestens 48h vorher ab. Sie können mir hierzu eine Nachricht auf dem Anrufbeantworter hinterlassen (0431-58094190) oder mir eine E-Mail schicken (praxis@therapie-goebel.de).

Ausfallhonorar: In einer Bestellpraxis wie meiner kann ein Ausfallhonorar in Höhe des vollen Stundensatzes (aktuell 100,55€) erhoben werden. Dieses Ausfallhonorar muss von Ihnen selbst gezahlt werden und wird nicht von den Kostenträgern erstattet. Sollten Sie einen Termin vergessen oder sich kurzfristig – also weniger als 48h vorher – dafür entscheiden, die für Sie reservierte Zeit lieber anders zu verbringen, erhebe ich dieses Ausfallhonorar. Sollte dies wiederholt vorkommen, behalte ich mir vor, die Behandlung zu beenden. In allen anderen Fällen kurzfristiger Terminabsagen (z. B. Krankheit, Notfall) versuche ich, Ihren Termin neu zu vergeben. Falls dies nicht gelingt, erhebe ich das Ausfallhonorar in halber Höhe (50€).

Nebenwirkungen und Zustandsverschlechterungen: Wie jede Behandlung kann auch Psychotherapie Nebenwirkungen haben – über diese habe ich Sie informiert. Vorübergehende Verschlechterungen des Befindens im Rahmen der Behandlungen sind normal und sogar gewünscht – dies kann anzeigen, dass belastende Ereignisse und Situationen verarbeitet werden und Sie sich im angestrebten Veränderungsprozess befinden. Ich bitte Sie darum, mir diese Veränderungen zeitnah mitzuteilen, so dass wir im Gespräch darüber bleiben können.

Notfälle: Bei akuten Krisen wenden Sie sich bitte an eine der folgenden Anlaufstellen:

Notruf 112: Psychische Krisen können lebensbedrohliche Notfälle darstellen. In diesen Fällen wenden Sie sich bitte an die Rettungsleitstelle über die Rufnummer 112.

Sozialpsychiatrischer Dienst: Anlaufstelle für Menschen in psychischen Krisenzuständen. Erreichbar Mo-Do von 8:00-16:00h und Freitag von 8:00-13:00h unter 0431-901-2110.

Notfallambulanz für psychiatrische Notfallsituationen: Viele psychiatrische Kliniken bieten auch eine Notfallambulanz an. Adressen können Sie unter der 112 erfragen oder bei den nächstgelegenen Krankenhäusern. Die Notfallambulanz des Zentrums für Integrative Psychiatrie (ZiP) in Kiel ist bspw. rund um die Uhr unter folgender Rufnummer erreichbar: Tel. (0431) 500 - 9 81 81. Sie befindet sich im Niemannsweg 147, Haus 8, 24105 Kiel.

Telefonseelsorge: kostenlos und rund um die Uhr erreichbar. Evangelisch: 0800-111 0 111, Katholisch: 0800-111 0 222, Kinder- und Jugendsorgentelefon: 0800-111 0 333

Bezugspersonen: Es ist jederzeit möglich – und häufig hilfreich und sinnvoll –, dass Sie Ihre Angehörigen oder andere wichtige Bezugspersonen mitbringen. Die Entscheidung hierüber liegt bei Ihnen – von meiner Seite aus ist jede:r willkommen.

Download-Bereich auf der Homepage: Auf meiner Homepage gibt es einen geschützten Bereich, in welchem Sie verschiedene Dokumente und Aufnahmen zum Herunterladen finden. Mit Ihrer Unterschrift sichern Sie zu, Passwort wie Dateien nur für den eigenen Gebrauch zu verwenden, vertraulich zu behandeln und nicht weiterzugeben.

Ich freue mich auf die Zusammenarbeit mit Ihnen
und wünsche Ihnen für Ihre Behandlung viel Erfolg!

Ich habe das vorstehende Merkblatt zur Kenntnis genommen und erkläre hiermit mein Einverständnis. Insbesondere erkläre ich mein Einverständnis zur Abrechnung und zur Regelung des Ausfallhonorars.

Kiel, den

Unterschrift Patient/in

Dr. phil. Dipl.-Psych. S. Goebel