



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: Ich rechne nach der GOP zwischen dem 2,3-fachen und dem 3,5-fachen Steigerungssatz ab. Die Kosten können von Ihrer privaten Krankenkasse/Beihilfe, den Berufsgenossenschaften (BG) sowie weiteren Trägern außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) übernommen werden. Auch eine Behandlung als Selbstzahler:in ist möglich. In einigen Fällen übernehmen auch die GKV die Behandlungskosten im Rahmen der sog. Kostenerstattung. Falls sich im Laufe Ihrer Therapie Ihr Versicherungsstatus ändern sollte, teilen Sie mir dies bitte umgehend mit. Ich rechne – mit Ausnahme von Behandlungen, welche über die BG finanziert werden – immer **direkt mit Ihnen** ab. Erstattet Ihre Versicherung die Kosten nicht in voller Höhe, **müssen Sie den Rest als Selbstzahler:in übernehmen**. Nähere Informationen zu den Gebühren finden Sie auch im Download-Bereich meiner Homepage.

Für Ihre Behandlung berechne ich den _____-fachen Steigerungssatz bzw. einen Stundensatz in Höhe von _____.

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 24h 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 erhoben werden. Dieses Ausfallhonorar muss von Ihnen selbst gezahlt werden und wird nicht von den Kostenträgern erstattet. Sagen Sie einen Termin kurzfristig, d. h. weniger als 24h vorher, aufgrund von Krankheit oder Notfällen ab, versuche ich, den Termin anderweitig zu vergeben. Gelingt dies nicht, erhebe ich ein Ausfallhonorar in Höhe von 50€. In allen anderen Fällen (z. B. Termin vergessen, andere Termine) erhebe ich das volle Ausfallhonorar in Höhe von 100€. Sollte dies wiederholt vorkommen, behalte ich mir vor, die Behandlung zu beenden.

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.

Substanzmittelkonsum (z. B. Alkohol, Drogen, Medikamente): Bei regelmäßigem Konsum können aufgrund der psychologischen wie auch der biologischen Wirkung der Substanzen keine psychotherapeutisch gewünschten Veränderungen erzielt werden. Mit Ihrer Unterschrift sichern Sie zu, dass Sie mit mir über Ihren Konsum sprechen, damit wir ggf. zunächst oder flankierend geeignete Maßnahmen wie z. B. einen Entzug initiieren können.

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

Notruf 112: Bei akuten psychischen Krisen wenden Sie sich bitte an 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.

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