

Rahmenvertrag

1. Absage vereinbarter Termine

Die geplanten Termine sind verbindlich und für Sie reserviert. Sollte mal etwas dazwischen kommen, kann der Termin bis 2 Tage (bis genau 48 Stunden) vorher abgesagt und verschoben werden. Wir vereinbaren dann einen Ersatztermin

Sollte ein Termin kurzfristig ausfallen, muss das ein Ausnahmefall bleiben. Bei Wiederholungen behalte ich mir das Recht vor, die Therapie einseitig zu beenden und bereits vereinbarte Termin zu stornieren.

4. Vorzeitiges Ende ankündigen

Bei einer vorzeitigen Beendigung einer laufenden Psychotherapie sollte noch mindestens eine Sitzung stattfinden, damit die Gründe, die zum Abbruch geführt haben, besprochen, offen gelegt und überdacht werden können.

5. Wechsel der Krankenkasse mitteilen

Sollten Patienten während einer laufenden Psychotherapie die Krankenkasse wechseln, so ist es wichtig, dass sie ihren Psychotherapeuten so früh wie möglich darüber informieren. Andernfalls kann es zu Abrechnungsproblemen mit der alten oder neuen Krankenkasse kommen. Entstehende Ausfallkosten müssten dann vom Patienten privat übernommen werden

6. Handhabung der Schweigepflicht

Dritte erhalten nur bei Vorliegen einer schriftlichen Schweigepflichtsentbindung Auskunft über das Stattfinden der Therapie oder deren Inhalte.

7. Kommunikation mit dem Hausarzt/der Hausärztin oder dem Facharzt/der Fachärztin

- Ich habe zurzeit keinen Hausarzt/Facharzt für Psychiatrie.
- Ich möchte überhaupt nicht, dass mein Arzt über die Therapie informiert wird.
- Ich bin nicht damit einverstanden, dass mein Arzt **automatisch** über die Therapie informiert wird. Sollte dies im Einzelfall nötig und sinnvoll sein, soll sich mein Therapeut – **nach vorheriger Rücksprache mit mir** - mit meinem Arzt/meiner Ärztin in Verbindung setzen. Grundsätzlich entbinde ich Herrn Schumacher von seiner Berichtspflicht. Diese Vereinbarung kann jederzeit widerrufen werden. Nach Widerruf erhält der Hausarzt/die Hausärztin jedes Behandlungsquartal einen Bericht **ohne weitere Rücksprache** mit mir.
- Ich bin damit einverstanden, dass mein Arzt automatisch über die Therapie und **alle Inhalte und Aspekte** regelmäßig und automatisch informiert wird.

Ich erkläre mich mit diesen Rahmenbedingungen einverstanden.

Ort

Datum

Unterschrift