

Aufklärung und Einwilligung in die Terminvereinbarung mit SMS

Datum der Einwilligung:

Art der Einwilligung:

Patient:

Therapeut:

SMS werden über GSM-Netzwerke gesendet. Diese verschlüsseln die Nachrichten, während sie verschickt werden. Auch diese Form der Kommunikation birgt Risiken: SMS können von bestimmten Programmen abgefangen und entschlüsselt werden, was Sender und Empfänger nicht bemerken würden. Kann eine Nachricht nicht direkt beim Empfänger zugestellt werden, wird sie in der Kurzmitteilungszentrale des Empfängernetzes bis zu sieben Tage lang gespeichert. Auf dem Server gespeicherte Nachrichten sind nicht gesichert.

Die Anbieter müssen im Zuge der Vorratsdatenspeicherung alle Metadaten bis zu zehn Wochen lang speichern und auf Nachfrage an Behörden weiterleiten. Mit dem Ziel der Strafverfolgung und Gefahrenabwehr können Behörden mit der Anordnung eines Richters auch die Kommunikation von Einzelpersonen - und damit Inhalte von SMS - mitlesen.

☐ Hiermit willige ich ein, dass meine Telefonnummer für den Verlauf der Therapie vom Therapeuten auf seinem Hand y/ Festnetztelefon gespeichert werden und Terminabsprachen auch per SMS erfolgen dürfen. Dabei werde ich beachten, dass sowohl vom Sender als auch Empfänger auf jegliche Hinweise zu einer heilkundlichen Behandlung verzichtet wird. Mit Beendigung der Therapie wird der Psychotherapeut die Telefonnummer von seinem Handy löschen.

☐ Ich bin darauf hingewiesen worden, dass bei Nutzung von SMS die Informationen von Dritten gelesen, weiterverwendet oder in sonstiger Weise genutzt werden können. Dafür übernimmt meine Psychotherapeutin/ mein Psychotherapeut keinerlei Verantwortung.

☐ Zur Vereinfachung kann unter den oben genannten Maßgaben per E-Mail mit mir kommuniziert werden ohne persönliche Informationen auszutauschen.

Unterschrift Patient / Sorgeberechtigte(r)

Patientenerklärung zur Übermittlung eines Berichts zur psychotherapeutischen Behandlung an den Hausarzt gemäß der EBM – Bestimmung (2.1.4)

Seit dem 01.01.2008 gilt, dass Psychotherapiesitzungen nur abgerechnet werden können, wenn gegenüber der/m Hausärztin/-arzt über die psychotherapeutische Behandlung schriftlich Bericht erstattet wird.

Dieser muss zu Beginn und nach Ende der Behandlung erstellt werden, mindestens einmal im Krankheitsfall bei Psychotherapien, die länger als ein Jahr dauern. Wenn kein Hausarzt angegeben werden kann oder wenn Sie als Patientin einen Bericht an Ihre/n Hausärztin/-arzt nicht wünschen, entfällt der Bericht. Ich bitte Sie, mir mit Ihrer Unterschrift Folgendes zu bestätigen:

- ☐ Ich habe keinen Hausarzt.
- ☐ Ich bin nicht damit einverstanden, dass meiner/m Hausärztin/-arzt über die Psychotherapie schriftlich berichtet wird. Sollten jedoch Informationen über die Psychotherapie für meine/n Hausärztin/-arzt wichtig sein, wird sich meine Psychotherapeutin nach Absprache mir mit meiner/m Hausärztin/-arzt in Verbindung setzen.
- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass mein/e Hausärztin/-arzt einen schriftlichen Bericht erhält.
- ☐ Mein/e Fachärztin/-arzt hat mich überwiesen. Ich bin nicht einverstanden, dass mein/e Fachärztin/-arzt einen schriftlichen Bericht erhält, der dann in Kopie an meine/n Hausarzt/-arzt weitergeleitet wird.

Ort/ Datum Unterschrift des Patienten

Bestätigung über die Aufklärung zur Schweigepflicht und zum Datenschutz

Ich bestätige, dass ich darüber informiert wurde, dass die therapeutischen Mitarbeiter der Ambulanz der gesetzlichen Schweigepflicht gemäß des § 203 Strafgesetzbuch (StGB) unterliegen.

Dies bedeutet, dass alle persönlichen Mitteilungen und Gesprächsinhalte aus den Therapiegesprächen sicher in der Praxis bleiben und keinesfalls weitergegeben werden.

Sollte im Laufe der Behandlung ein Informationsaustausch mit Mitbehandler*innen, Kostenträgern oder anderen externen Stellen, z.B. im Rahmen eines Rentenverfahrens oder Verfahrens zur Erlangung eines GdB notwendig sein, so findet dieser nur statt, wenn zuvor vom Patienten eine Entbindung von der Schweigepflicht gegenüber dieser konkreten Person / Institution erteilt wurde.

Die Ambulanzleitung führt die Abrechnung der Leistungen mit den gesetzlichen Krankenversicherungen durch. Entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen ist die Ambulanzleitung für die durchgeführten Maßnahmen und Behandlungen auch Dritten gegenüber verantwortlich und ggf. auskunftspflichtig.

Die Behandler stehen unter Wahrung der gesetzlichen Schweigepflicht im kollegialen Austausch miteinander. Sie entscheiden mit welchen weiteren Behandlern und Institutionen sich ihr Therapeut anlassgebunden austauschen darf. Die Entbindung von der Schweigepflicht umfasst nur die darin vereinbarten Tatsachen und Erklärungen.

Die Behandlung wird nach den rechtlichen Grundlagen des SGB V, des Patientenrechtegesetzes (BGB §§ 630 ff.) und der aktuellen Psychotherapierichtlinie sowie der Psychotherapievereinbarung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) durchgeführt. Weiterhin definiert die Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer ethische und formale Rahmenbedingungen der Behandlung. Ich erkläre mich bereit, dass folgende Informationen zu Prüf- u. Kontrollzwecken an die Krankenkasse des Patienten weitergegeben werden. Die Weiterleitung der o.g. Patientendaten richtet sich nach den Bestimmungen der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes, sofern nicht andere gesetzliche Regelungen oder gerichtliche Anordnungen etwas anderes verfügen.

☐ die auf der eGK gespeicherten persönlichen Daten

☐ die Behandlungsdaten (Termine)

☐ die im Laufe der Vorgespräche ermittelte Behandlungsdiagnose

Die Weitergabe erfolgt gemäß den Regelungen des SGB V (§§ 294, 295, 296 und 298 sowie §§ 275,276).

Die DS-GVO sieht eine Zweckbindung der Daten vor. Dies bedeutet, dass die Daten gelöscht werden, wenn der Abrechnungszweck und der Aufbewahrungszweck nach Berufsordnungsgesichtspunkten erfüllt sind. Die Unterlagen über eine Therapie werden in Papierform oder elektronisch gespeichert und müssen zehn Jahre aufbewahrt werden. Sie sind von Dritten nicht einsehbar. Diese Schweigepflicht gilt auch über den Tod hinaus. Ich wurde darüber informiert, dass ich im Rahmen der geltenden Rechte jederzeit eine zuvor gegebene Entbindung von der Schweigepflicht in Teilen oder ganz jederzeit schriftlich widerrufen kann.

Behandler:

Patient:

Wohnhaft in:

Geboren am:

Einwilligungserklärung zur Erhebung der Daten

Ich erkläre mich einverstanden, dass die Ambulanz meine Patientendaten erhebt und verarbeitet. Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz ausgehändigt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte.

☐ über den Umfang und die Art und Speicherung meiner Daten

☐ über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung

☐ über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Datum und Ort:

Unterschrift des Vertreters / Sorgeberechtigten

Therapievertrag

In der Psychotherapie geht es darum, seelische Störungen oder körperliche Erkrankungen mit psychischen Begleiterscheinungen zu behandeln. Mit psychotherapeutischer Hilfe können Sie Ihr Leiden verstehen und mit Unterstützung Lösungen erarbeiten. Ich helfe Ihnen gerne dabei die Lebensgeschichte zu begreifen, die jetzige seelische Situation zu ergründen und neue Denk- und Verhaltensmuster zu erlernen.

Rahmenbedingungen der Kostenerstattung

Ambulante Psychotherapie in der Krankenbehandlung ist antrags- und genehmigungspflichtig, sofern die Kassen die Kosten übernehmen sollen. Antragsteller sind in jedem Sie Sie als Patient, wir helfen Ihnen gerne dabei. Sie brauchen hierzu:

- ☐ Den Antrag auf Psychotherapie
- ☐ Den Konsiliarbericht des Hausarztes

Diese Unterlagen brauche ich, um die Kostenerstattung einzuleiten. Zum Schutz ihrer Daten werden persönliche Daten und medizinische Befunde gegenüber den Kostenträgern anonymisiert. Die Behandlung vollführen wir nach aktuellen Standards der Berufsethik und der entsprechenden gesetzlichen Rahmenbedingungen.

Kostenerstattung

Die Kosten der Behandlung übernimmt Ihre Krankenkasse. Die Therapie beginnt mit Eingang der Kostenübernahme. Damit die Kostenerstattung gesichert bleibt, beachten sie bitte folgendes:

- ☐ Sie teilen uns umgehend einen Wechsel der Krankenkasse mit
- ☐ Sie kümmern sich proaktiv darum, dass die neue Kasse die Kosten der bestehenden Behandlung übernimmt.
- ☐ Sie lassen einmal im Quartal ihre Krankenkassenkarte von uns einlesen.

Rahmenbedingungen der Therapie

Der therapeutische Prozess beginnt mit der Probatorik. Hier können sich Therapeut und Patient kennenlernen und feststellen, ob eine gemeinsame Zusammenarbeit erfolgsversprechend erscheint. Innerhalb dieser Zeit wird die Kostenerstattung angebahnt.

☐ Idealerweise finden die therapeutischen Sitzungen wöchentlich statt.

☐ Sollten sie nicht erscheinen und nicht rechtzeitig absagen, wird ein Ausfallhonorar fällig.

☐ Die Therapeutischen Sitzungen dauern 50 Minuten. Geben sie mir Zeit, mich auf jeden Patienten vorzubereiten.

Inhalte der Therapie werden dokumentiert und Daten von Ihnen werden für zehn Jahre gespeichert. Mehr darüber erfahren Sie in der Datenschutzbelehrung.

Beim Gesamtablauf der Therapie ist zu beachten:

☐ Therapieunterbrechungen von mehr als einem halben Jahr sind nur mit besonderer Begründung möglich

☐ Nach Beendigung der Therapie (max 60h Verhaltenstherapie /max 100h Tiefenpsychologie) kann ohne besondere Begründung keine weitere Therapie beantragt werden

☐ Sollte eine Therapie nicht erfolgsversprechend sein, können beide Parteien die Zusammenarbeit beenden.

Risiken und Nebenwirkungen

Psychotherapie kann trotz sorgfältiger Arbeit Nebenwirkungen hervorrufen. Es kann sein, dass Sie sich selbst, andere, oder ihr Leben nie wieder im selben Licht sehen können wie vorher. Oft ist das heilsam, hierbei können jedoch auch unbequeme Wahrheiten und Emotionen hervorgerufen werden.

Beziehungen können sich durch therapeutische Prozesse positiv wie negativ verändern. Ihre Gefühlslage oder die geistige/ moralische Haltung können sich verändern.

☐ Sie informieren mich, wenn eine Verschlechterung Ihres Zustandes eintritt

- ☐ Sie willigen ein, sich während der Therapie keinen Schaden zuzufügen.
- ☐ Sofern sie akut und sofort Hilfe benötigen, und über Suizid nachdenken, melden Sie sich bei der Telefonseelsorge oder 112.

Ich möchte, dass Sie sicher diesen Prozess überstehen, der nicht immer einfach sein wird.

Therapeutische Zusammenarbeit

Der Therapieprozess basiert auf einer ehrlichen, vertrauensvollen und verlässlichen Arbeitsbeziehung. Damit dies möglich wird brauche ich Ihre Unterstützung:

- ☐ Sie sprechen mich an, wenn irgendetwas für Sie nicht funktioniert, und teilen sich proaktiv mit.
- ☐ Bevor sie lebensverändernde Entscheidungen treffen, besprechen sie diese bitte mit mir, wenn möglich.
- ☐ Seien sie ehrlich und offen für den Therapieprozess. Sprechen Sie Dinge an, die ihnen peinlich sind. Seien Sie aktiv. Schreiben sie mit. Nehmen sie therapeutische Aufgaben ernst.
- ☐ Bleiben Sie clean! Suchtmittel behindern die Therapie und verhindern Selbstreflexion und Wachstum. Wenn sie Probleme mit Suchtmitteln oder Suchtverhalten haben, sprechen Sie es an.
- ☐ Seien sie transparent: Bringen Sie mir bitte Vorbefunde mit und unterstützen Sie mich in meinen diagnostischen Bemühungen.

Therapeut:

Patient:

Ich habe die obigen Angaben über meine Rechte und Pflichten zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum:

Unterschrift Patient: