

Behandlungsvertrag

zwischen

Ambulanz des
John-Rittmeister-Instituts e.V.
Stresemannplatz 4
24103 Kiel

und
Frau/Herrn: _____

geb. am: _____

Bei
BehandlerIn:

Anschrift: _____

1. Der/Die Patient/in wurde über die Möglichkeiten und Arbeitsweise einer Psychotherapie bei dem/der Behandler/in der Institutsambulanz des John-Rittmeister-Instituts Kiel informiert und ist mit deren Durchführung einverstanden.
2. Der/Die Patient/in hat die damit in Zusammenhang stehenden Regelungen zur Kenntnis genommen und ist zu deren Beachtung bereit; sie beziehen sich auf:
 - die Einhaltung der Terminvereinbarungen und Ausfallhonorarregelung
 - die Weitergabe von Informationen gegenüber Dritten
 - Eventuelle Änderungen des Versicherungsverhältnisses
 - Möglichkeit der Beendigung der Therapie
 - Nichtbefüllungspflicht der elektronischen Patientenakte (ePA)
3. Der/Die Behandler/in arbeitet als Bestellpraxis. Eine Sitzung dauert i.d.R. 50 Minuten und findet zu festen, vorher vereinbarten Zeiten statt. Ausfallstunden, die nicht _____ **Stunden** vorher abgesagt wurden, gleich aus welchen Gründen, bzw. nicht ausweichend terminiert werden konnten, werden dem Patienten privat über die Ambulanz des John-Rittmeister-Instituts in Rechnung gestellt. Der/Die Behandler/in bemüht sich die Stunde neu zu besetzen. Gelingt dies, wird kein Ausfallhonorar fällig. Das Ausfallhonorar beträgt _____, _____ **Euro**.
4. Bitte wählen Sie bezüglich des Berichts an den Hausarzt (EBM 2.1.4) eine der folgenden Optionen:
 - ☐ Ich bin damit einverstanden, dass mein Hausarzt einen schriftlichen Bericht erhält.
 - ☐ Ich bin **nicht** damit einverstanden, dass meinem Hausarzt schriftlich über meine Psychotherapie berichtet wird. Sollten Informationen aus meiner Psychotherapie für meinen Hausarzt wichtig sein, kann mein/e Behandler/in nach Absprache mit mir entsprechende Informationen mitteilen.

Des Weiteren gilt grundsätzlich, die Weitergabe von Informationen an Dritte erfolgt nur auf ausdrücklichen Wunsch des/der Patienten/in und einer expliziten Schweigepflichtsentbindung.

5. Eine Behandlung in der Ambulanz des John-Rittmeister-Instituts findet **nur im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung** statt. Eine Behandlung im Rahmen

von Privatversicherung, Beihilfe, Heilfürsorge oder Selbstzahlung kann **nicht** durchgeführt werden. Eine Änderung des gesetzlichen Versicherungsverhältnisses (Wechsel der Krankenkasse) ist dem/der Behandler/in umgehend mitzuteilen. Unabhängig davon haftet der/die Patient/in für die finanziellen Folgen, wenn sich das Versicherungsverhältnis ändert. Außerdem ist der/die Patient/in in der Verantwortung, den/die Behandler/in darüber zu informieren, ob seine/ihre Krankenkasse die Kosten für diese Behandlung übernimmt.

6. Der Psychotherapieprozess sollte auf einer verlässlichen und vertrauensvollen Arbeitsbeziehung gründen. Grundsätzlich ist es möglich, dass die therapeutische Zusammenarbeit von beiden Seiten, möglichst in gemeinsamer Absprache, vorzeitig beendet werden kann.
7. Im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung am John-Rittmeister-Institut besteht **keine Befüllungspflicht von Daten in die ePA**. Sollte dies für Sie wichtig sein, kann die/der Behandler/in Ihnen die entsprechend elektronisch dokumentierten Daten (PTV11, Arztbriefe) aushändigen, die Sie bei der Ombudsstelle ihrer Krankenkasse einlesen lassen können.
8. Der/Die Patient/in ist mit den genannten Vereinbarungen einverstanden. Zusätzlich bestätigt er/sie, dass er/sie durch den/die Behandler/in über die Vorgaben zum **Datenschutz** informiert wurde.
9. Telefonisch ist der/die Behandlerin/in unter der Telefonnummer erreichbar:

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in

Unterschrift Behandler/in

ggf. Unterschrift Sorgeberechtigte/r

ggf. Unterschrift Sorgeberechtigte/r

Sorgeberechtigte bitte Namen in Druckbuchstaben und ggf. abweichende Adresse angeben:
