



1. Vorstandsvorsitzende
Dr. med. Elisabeth Fenner
Walkerdamm 17, 24103 Kiel
Tel. 0151 5258 1410
els.fenner@t-online.de

Geschäftsführung &
Ausbildungskoordination
Vanessa Schuppert
info@j-r-i.de

Sekretariat
Tel. 0431 888 6295
jri@j-r-i.de
www.j-r-i.de

Behandlungsvertrag

zwischen

Ambulanz des
John-Rittmeister-Instituts (JRI)
Behandler (m/w/d):

Stresemannplatz 4, 24103 Kiel

und Sorgeberechtigte:

Frau/Herrn _____

Frau/Herrn _____

für: _____

geb. am: _____

Anschrift: _____

1. Der Patient (m/w/d) (und ggf. die Sorgeberechtigten) wurde über die Möglichkeiten und Arbeitsweise einer Psychotherapie bei dem Behandler (m/w/d) der Institutsambulanz des JRI informiert und ist mit deren Durchführung einverstanden.
2. Der Patient (m/w/d) (und ggf. die Sorgeberechtigten) 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 Bezahlungsweise
 - die Weitergabe von Informationen gegenüber Dritten
 - Eventuelle Änderungen des Versicherungsverhältnisses
 - Möglichkeit der Beendigung der Therapie
3. Der Behandler (m/w/d) arbeitet als Bestellpraxis. Eine Sitzung dauert i.d.R. 50 min. und findet zu festen, vorher vereinbarten Zeiten statt. Ausfallstunden, die nicht _____ Stunden vorher abgesagt wurden, gleich aus welchen Gründen, bzw. ausweichend terminiert werden konnten, werden privat über die Ambulanz des JRI in Rechnung gestellt. Der Behandler (m/w/d) 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 Abs 2.1.4.) eine der folgenden Optionen:

- Ich bin damit einverstanden, dass mein Hausarzt einen schriftlichen Bericht meiner Psychotherapie 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 Behandler (m/w/d), nach Absprache mit mir, entsprechende Informationen mitteilen.

Des Weiteren gilt grundsätzlich, die Weitergabe von Informationen an Dritte erfolgt nur auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten (m/w/d) und einer expliziten Schweigepflichtsentbindung.

5. Der Patient (m/w/d) (und ggf. die Sorgeberechtigten) ist in der gesetzlichen Krankenkasse versichert und die Behandlung erfolgt zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse. Eine Änderung des Versicherungsverhältnisses ist dem Behandler (m/w/d) unverzüglich mitzuteilen. Unabhängig davon haftet der Patient (m/w/d) für die finanziellen Folgen, wenn sich das Versicherungsverhältnis ändert.

6. Der Psychotherapieprozess sollte auf einer verlässlichen und vertrauensvollen Arbeitsbeziehung gründen. Grundsätzlich ist es möglich, dass die therapeutische Zusammenarbeit von beiden Seiten, möglichst jedoch in gemeinsamer Absprache, vorzeitig beendet werden kann.

7. Der Patient (m/w/d) (und ggf. die Sorgeberechtigten) ist mit den genannten Vereinbarungen einverstanden. Zusätzlich bestätigt er/sie, dass er/sie durch den Behandler (m/w/d) über die Vorgaben zum Datenschutz informiert wurde.

8. Telefonisch ist der Behandler (m/w/d) unter folgender Telefonnummer erreichbar:

Datum Unterschrift Patient (m/w/d)

Datum Unterschrift Behandler (m/w/d)

Datum Unterschrift Sorgeberechtigte

Datum Unterschrift Sorgeberechtigte