

# Leonie v. Düring-Ulmenstein



Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin

---

## **Behandlungsvertrag für Selbstzahler und Privatversicherte Kinder und Jugendliche**

Zwischen *Leonie v. Düring-Ulmenstein*  
**Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin**

und .....  
(Vorname und Name des/ der **Patient/ Patientin**, - im Folgenden „Patient“ genannt

vertreten durch den/ die gesetzlichen Vertreter/-in:

.....  
Vorname und Name aller **Sorgeberechtigten**

Es werden folgende **Vereinbarungen** getroffen:

**1.** Es wird eine **Verhaltenstherapie** nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen mit dem Kind/ dem oder der Jugendlichen ..... durchgeführt. Die Sitzungstermine werden fest vereinbart und von der Psychotherapeutin für diesen Patienten bereitgehalten. Ebenso die begleitenden Gespräche mit den Bezugspersonen. Der Patient verpflichtet sich zur Mitwirkung an der Behandlung.

**2. Behandlungsdauer, Kündigung des Vertrages:** Über die Dauer der psychotherapeutischen Behandlung entscheiden die behandelnde Psychotherapeutin und der Patient gemeinsam. Sie ist begrenzt auf die von der Krankenkasse genehmigten Therapiestunden. Eine Therapiestunde dauert 50 Minuten. Es besteht die Möglichkeit das Behandlungsverhältnis (Vertrag) mit Einhaltung einer Frist von 48h zum nächsten vereinbarten Behandlungstermin zu beenden. In diesem Falle ist es wünschenswert, die Behandlung in zwei Abschlusssitzungen in guter Weise einvernehmlich zu beenden. Eine Kündigung des Vertrages durch die behandelnde Psychotherapeutin kommt nur aus einem wichtigen Grund in Betracht. Beispiele wären eine Zerrüttung des Vertrauensverhältnisses zwischen Therapeutin und Patient, oder wiederholte unbegründete Terminversäumnisse des Patienten.

### **3. Honorierung:**

- Der Patient, ggf. der gesetzliche Vertreter erklärt, dass er Selbstzahler ist.
- Der Patient, ggf. der gesetzliche Vertreter erklärt, dass er privat versichert ist.



- Der Patient, ggf. der gesetzliche Vertreter erklärt, dass er Beihilfe versichert ist.

Die Honorierung psychotherapeutischer Behandlung bei Selbstzahlern oder Privatversicherten erfolgt nach der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP) mit dem 2,3-fachen Steigerungssatz oder auch dem 2,5-fachen Satz (bei multiplen Störungsbildern oder Hochstrittigkeit).

Der Patient, ggf. der gesetzliche Vertreter verpflichtet sich, die Kosten der Behandlung selbst zu übernehmen, wenn die Behandlung schon vor der Leistungszusage der Krankenkasse begonnen hat, und die Krankenkasse diese Kosten nicht übernimmt.

**4. Terminabsage und Ausfallhonorar:** Der Patient, ggf. sein gesetzlicher Vertreter, verpflichtet sich bei Verhinderung einen vereinbarten Behandlungstermin spätestens 48 Stunden vor dem Termin abzusagen. Erfolgt die Terminabsage *nicht rechtzeitig* bis zu der gesetzten Frist, wird dem Patienten die ausgefallene Stunde mit 80 Euro als Ausfallhonorar privat in Rechnung gestellt. Die Kosten übernimmt in diesem Fall **nicht** die Krankenversicherung.

**5. Schweigepflicht:** Die Psychotherapeutin unterliegt der gesetzlichen Schweigepflicht gemäß §203 StGB. Damit die Psychotherapeutin ihre Schweigepflicht auch gegenüber dem nicht einwilligungsfähigen Kind einhalten kann, verzichten die Sorgeberechtigten auf ihr Informationsrecht über Mitteilungen, die den Therapiezweck vereiteln und/ oder den Therapieerfolg in Frage stellen oder erschweren könnten.

## 6. Sprechzeiten und Notfallregelung

Telefonische Sprechzeiten: **Montag-Freitag 10:00-11:00**

Telefonnummer: **0157-34451852**

Ich bin von meiner Therapeutin bzw. der Therapeutin meines Kindes darüber aufgeklärt worden, dass ich mich in Notfällen an den ärztlichen Notdienst oder an die zuständige psychiatrische Klinik wenden soll.

Name der Klinik: .....

Anschrift der Klinik: .....

Telefonnummer: .....

# Leonie v. Düring-Ulmenstein



Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin

---

Weiterhin bin ich darüber informiert worden, dass ich in Not- und Krisenfällen auch versuchen sollte, meine behandelnden Ärzte/Fachärzte für Psychiatrie bzw. die meines Kindes zu kontaktieren, wenn meine Therapeutin nicht erreichbar ist. Ich bin darüber informiert worden, dass ich im Fall möglicher Suizidalität meines Kindes umgehend von der Therapeutin darüber informiert werde. Ich bin damit einverstanden, dass dann eine gemeinsame Sitzung stattfinden wird, in welcher die Therapeutin gemeinsam mit mir und meinem Kind einen Notfallplan erstellen wird. An diesen Plan werden wir uns dann halten.

**7. Einwilligung Sorgeberechtigte:** Bei bestehendem gemeinsamem Sorgerecht ist die Zustimmung beider Sorgeberechtigten erforderlich.

.....  
**Ort, Datum**

.....  
**Unterschrift Psychotherapeutin**

.....  
**Unterschrift der Sorgeberechtigten**

.....  
**Unterschrift des Patienten ab dem 16. Lebensjahr**