

## Behandlungsvertrag

zwischen Dipl.-Päd. **Eva Weth**, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin  
und

---

bei Kindern und Jugendlichen, vertreten durch den Erziehungsberechtigten.

1. Ich arbeite nach dem Bestellsystem, d.h. dass ich für Sie immer eine Therapiestunde reserviere. Da die Krankenkasse nur durchgeführte Psychotherapiestunden bezahlt, ist es notwendig, dass Sie die vereinbarten Termine einhalten. Sollten Sie einmal verhindert sein, bitte ich Sie, mir dies so früh wie möglich mitzuteilen. Bei einer Absage später als zwei Tage vor dem vereinbarten Termin, berechne ich Ihnen die Sitzung privat, da ich diese Stunden in der Regel so kurzfristig nicht neu besetzen kann. Das Honorar beträgt in diesem Falle 50,00 €. Kann der Termin aber doch anders besetzt werden, entfällt dieses Ausfallhonorar selbstverständlich.
2. Bei Nichtbegleichung des Ausfallhonorars trete ich von einer weiteren Behandlung zurück.
3. Falls sich während der Therapie Ihre Krankenkasse ändert, sorgen Sie bitte selbst dafür, dass die neue Kasse die Kosten übernimmt, indem Sie nachfragen oder dies mit meiner Hilfe beantragen. Ich kann keine Gewähr übernehmen, dass die neue Kasse die Kosten automatisch übernimmt.
4. Sind Sie privat versichert, erkundigen Sie sich bitte selbst bei Ihrer Versicherung über deren Bedingungen bei Psychotherapie. Nicht jede private Versicherung übernimmt die Kosten für eine Psychotherapie vollständig, so dass eventuelle Zuzahlungen notwendig sind. Die Abrechnung erfolgt einmal im Quartal (alle drei Monate). Der Rechnungsbetrag bei privaten Rechnungen ist spätestens 14 Tage nach Erhalt der Rechnung zu erstatten.
5. Die therapeutische Sitzung dauert in der Regel 45-50 Minuten. Die Sitzung verlängert sich nicht im Falle von Verspätung durch den Patienten. In der Regel finden die Termine in einem regelmäßigen Rhythmus statt (wöchentlich, 14tägig). Bitte informieren Sie mich frühzeitig über Ihre Urlaubsplanung.
6. Zum Zwecke der Optimierung der Behandlung können ein kollegialer Austausch sowie eventuelle Videoaufzeichnungen zu Interventions- und Supervisionszwecken notwendig sein. Sollte dies der Fall sein, wird Ihnen die Anonymität Ihres Namens gesichert.

Mit einem kollegialen Austausch bin ich einverstanden. JA / NEIN

Mit Videoaufnahmen zur Optimierung meiner Behandlung bzw. der meines Kindes bin ich einverstanden. JA / NEIN

7. Je nach Bedarf setze ich zur Behandlung die Methode EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) ein. In diesem Fall informiere ich sowohl Patient/in als auch dessen/deren Familie über diese Methode.
8. Der Erfolg einer psychotherapeutischen Behandlung hängt auch wesentlich von Ihrer Bereitschaft zur Mitarbeit und Ihren zeitlichen Möglichkeiten ab. Für psychotherapeutische Übungen Ihres Kindes und das Ausfüllen von Fragebögen, Beobachtungslisten usw. kann während des gesamten Therapieprozesses zusätzlich zur normalerweise wöchentlichen Behandlungsstunde Zeit benötigt werden. Bitte prüfen Sie vor Beginn der Psychotherapie, ob Ihnen dies in Ihrer momentanen Lebensphase auch möglich ist.
9. Außerhalb meiner Therapieräume kann die Aufsichtspflicht für Ihr Kind nicht von mir gewährleistet werden.

10. Der Psychotherapeut informiert hiermit den Patienten bzw. seinen Erziehungsberechtigten, dass er sich im Falle eines Notfalles an den ärztlichen Notdienst oder an die zuständige psychiatrische Behandlungseinrichtung an dem für ihn zuständigen Krankenhaus wenden soll. Hier ist auch in den Abend- und Nachtstunden jemand zu erreichen, und es kann nach persönlicher Abklärung der Situation ggf. eine sofortige Aufnahme veranlasst werden.

Ich bin in der Regel nur während der Praxisöffnungszeiten erreichbar; das gilt auch für E-Mail und das Praxishandy.

Wenn Sie mit den Bedingungen für die Psychotherapie einverstanden sind, unterschreiben Sie bitte unten. Andernfalls kann leider keine Behandlung zustande kommen. Mögliche Fragen können Sie gerne ansprechen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Dipl.-Päd. Eva Weth  
Kinder-und  
Jugendlichenpsychotherapeutin

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/r Patienten/in  
(ab dem 14. Lebensjahr)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Erziehungsberechtigten