



Therapievertrag

Therapievertrag zwischen Behandler (im Folgenden: ich)

«\${Arzt_Name_kompl}», «\${Praxis_Anschrift_kompl}»

Name, Vorname, Adresse

und Patient*in (im Folgenden: Sie)

«\${Patient_Name_Vorname}», «\${Patient_Anschrift_kompl}»

Name, Vorname, Adresse

Der Therapievertrag bestimmt den Rahmen der therapeutischen Behandlung zwischen Behandler und Patient*in. In unseren ersten Gesprächen werden Sie von mir umfassend aufgeklärt, was Ihre Patientenrechte, Datenschutz, Kontaktmöglichkeiten, Risiken und Nebenwirkungen der Psychotherapie, sowie alternative Behandlungsangebote angehen. Auch die evtl. Kosten und sozialrechtlichen Bedingungen einer Therapie werden Ihnen erklärt.

Zu Anfang der Therapie steht eine probatorische Phase (auch: Probatorik). In der Probatorik werden Fragebogenverfahren, Interviews, Verhaltensanalysen und andere Techniken eingesetzt, damit ich mir ein möglichst umfassendes Bild Ihrer Lebenssituation und Problemlage machen kann. Gemeinsam legen wir mögliche Ziele für die Behandlung fest. Sie endet mit einem Abschlussgespräch, bei dem ich Ihnen die Ergebnisse der Probatorik mitteile und erkläre. Bei gesetzlich versicherten Patienten erfolgt dann der Antrag auf Therapie bei der Krankenkasse. Ist dieser erfolgreich (oder sind Sie Selbstzahler*in oder privat versichert), beginnt danach die eigentliche Behandlung. Bis zur Aufnahme dieser Behandlung kann die Therapie jederzeit von Ihnen abgebrochen werden, danach kann es zu Nachteilen für Sie kommen, was die weitere Bewilligung von Psychotherapie durch die Kostenträger angeht.



Therapievertrag

Für die konkrete Durchführung der therapeutischen Behandlung verpflichte ich mich, die psychotherapeutische Behandlung nach den höchstmöglichen Qualitätsstandards und in Ihrem wohlverstandenen Interesse durchzuführen.

Für die erfolgreiche Durchführung einer Therapie ist Ihre Mitarbeit unerlässlich. Sie verpflichten sich:

- Regelmäßig an den vereinbarten Sitzungsterminen teilzunehmen.
- Therapeutische Übungen und Aufgaben zwischen den Therapiestunden aktiv durchzuführen.
- Den erfolgreichen Fortlauf der Therapie nicht durch Konsum bestimmter Substanzen (z.B. größere Mengen Alkohol, THC, andere Rauschdrogen) zu gefährden, außer diese wurden ärztlich verordnet.
- Mir Änderungen Ihres Versichertenstatus umgehend mitzuteilen.

Unterschriften

«\${Datum_Formatiert}»,
«\${Patient_Name_Vorname}»

«\${Datum_Formatiert}»,
«\${Arzt_Name_kompl}»