

Privatpraxis Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Torsten Petsch

Inhaber: Torsten Petsch

Leopoldstraße 59· 80802 München

Telefon: +49 160 7965866

E-Mail: info@psychotherapie-torsten-petsch.com

Web: www.psychotherapie-torsten-petsch.com

Behandlungsvertrag

Zustimmung zur psychotherapeutischen Behandlung – Minderjährige & Sorgeberechtigte

Name des Patienten / der Patientin	_____
Geburtsdatum	_____
Sorgeberechtigte/r (bei Minderjährigen)	_____
Sorgeberechtigte/r (bei Minderjährigen)	_____
Kontakt in Notfällen (Telefon)	_____
Versicherungsträger	_____

1. Gegenstand & Zweck der Behandlung

Zwischen dem Psychotherapeuten Torsten Petsch, Privatpraxis Leopoldstr.59, 80802 München und o.g. Patienten, wird die Durchführung einer psychotherapeutischen Behandlung vereinbart. Es wird eine Psychotherapie einschließlich der dazu notwendigen Diagnostik durchgeführt. Hierzu zählen folgende Behandlungsformen, die der/die Therapeut/in je nach Indikation durchführt oder veranlasst:

Sprechstunde, Probatorische Sitzungen, Kurzzeittherapie, Langzeittherapie, Akutbehandlung, Rezidivprophylaxe (soweit absehbar)

Die Therapie findet je nach Indikation in Einzelsetting, Gruppensetting oder als Kombinationstherapie statt. Ziel ist die Linderung von Beschwerden, die Förderung psychischer Gesundheit sowie die Unterstützung bei der Bewältigung von Problemen im Alltag, in Schule/Ausbildung und im sozialen Umfeld.

2. Therapieformat (bitte ankreuzen)

- Einzeltherapie (standardmäßig), ggf. Einbezug der Eltern/Sorgeberechtigten nach Absprache
- Gruppentherapie / Training (sofern angeboten)
- Angehörigengespräche/Elternberatung (ergänzend)
- Videotherapie/Telemedizin (separat zuzustimmen bei Anbieter)

3. Ablauf & Rahmenbedingungen

- Probatorische Sitzungen zur Diagnostik, Indikation und Passung.
- Im Anschluss Kurzzeittherapie oder Langzeittherapie (je nach Indikation)
- Sitzungsdauer i. d. R. 50 Minuten; Frequenz wöchentlich oder zweiwöchentlich (abweichend nach Vereinbarung).
- Dokumentationspflicht nach gesetzlichen Vorgaben; vertrauliche Aktenführung.

4. Schweigepflicht & Datenschutz

Die Therapeutin/der Therapeut unterliegt der Schweigepflicht (§ 203 StGB). Auskünfte an Dritte erfolgen nur nach gesonderter schriftlicher Einwilligung (Schweigepflichtentbindung). Die Datenverarbeitung erfolgt gemäß DSGVO; Einzelheiten sind in der Patienteninformation/Einwilligung zur Datenverarbeitung beschrieben.

5. Mögliche Belastungen & Alternativen

- Vorübergehende Zunahme von belastenden Gefühlen oder Symptomen möglich.
- Konfrontationsübungen (Exposition) können Stress auslösen; Vorgehen wird vorher besprochen.
- Alternativen: andere Psychotherapieverfahren, ärztliche/psychiatrische Mitbehandlung, Beratung/Coaching.

6. Terminabsage & Ausfallhonorar

Die Termine werden exklusiv für Sie reserviert. Bitte sagen Sie Termine rechtzeitig ab, damit wir diese neu vergeben können.

- Kostenfreie Absage bis 24 Stunden vor dem Termin (eingehend per Telefon/SMS/E-Mail).
- Ausfallhonorare werden in der Regel nicht von Versicherungen erstattet.
- Bei späterer Absage oder Nichterscheinen kann ein Honorar als Ausfallhonorar berechnet werden.
- Da wir eine Bestellpraxis sind, können wir kurzfristig abgesagte Termine nicht wieder belegen und müssen sie Ihnen ggf (gem. GOÄ mit 80,- €/Std) in Rechnung stellen. (§ 615 BGB – Vergütung bei Annahmeverzug.)

7. Krisen & Notfälle

Bei akuten Krisen/Notfällen außerhalb der Sprechzeiten wenden Sie sich bitte an den ärztlichen Bereitschaftsdienst (116117) oder den Notruf 112. Eine kurzfristige Erreichbarkeit der Praxis kann nicht jederzeit gewährleistet werden.

Ort, Datum:	_____
Unterschrift Sorgeberechtigte/r:	_____
Unterschrift Sorgeberechtigte/r:	_____
Unterschrift Patient/in (ab 16 Jahren):	_____
Unterschrift Therapeut/in (im Auftrag der Privatpraxis Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Torsten Petsch):	_____

Hinweis: Dieses Formular ergänzt Behandlungsvertrag, Einwilligung zur Datenverarbeitung und Schweigepflichtentbindung.