

Therapievereinbarung

Zwischen

☐

(Patient:in)

☐

oder (Sorgeberechtigter/Sorgeberechtigtem)

und

Anthroposophische:r Kunsttherapeut:in

wird diese Therapievereinbarung zur Durchführung einer Behandlung mit Anthroposophischer Kunsttherapie
Fachrichtung ☐ Malerei ☐ Plastik ☐ Musik ☐ Sprachgestaltung geschlossen.

Erklärung zur Kostenübernahme

1. Gesetzliche Krankenversicherung

Der/die Patient:in bzw. die Sorgeberechtigten erklären hiermit, dass der/die Patient:in

☐ über den verordnenden Arzt am Vertrag zur besonderen Versorgung mit Anthroposophischer Medizin beigetreten ist und die Kosten zu Lasten seiner/ ihrer gesetzlichen Krankenkasse, die ebenfalls am Vertrag teilnimmt abgerechnet werden sollen. Der/ die Patient:in und der/die Sorgeberechtigten verpflichten sich, einen individuell vereinbarten Zusatzbetrag in Höhe von _____ EURO an den/die Therapeut:in zu entrichten.

☐ in einer Krankenkasse versichert ist, die die Kosten anteilig erstattet und für die Rechnung in Vorkasse geht
☐ diese zur Erstattung an die Kasse weiterleitet
☐ die Kasse ermächtigt, den Rechnungsbetrag direkt auf das Konto der Therapeut:in zu überweisen.

Der/ die Patient:in und der/die Sorgeberechtigten verpflichten sich, einen Wechsel der Krankenkasse dem/ der Therapeut:in unverzüglich mitzuteilen.

2. Private Krankenversicherung

☐ Der/die Patient:in und ggfls. die Sorgeberechtigten erklären, dass der/die Patient:in privat versichert ist. Sowohl das Antragsverfahren, als auch der Versicherungsumfang variieren je nach Privatversicherung bzw. den von Ihnen abgeschlossenen Verträgen. Der/die Patient:in, und ggfls. die Sorgeberechtigten verpflichtet sich daher, unverzüglich die für sie geltenden Bedingungen in Erfahrung zu bringen und die erforderlichen Unterlagen zum zweiten Termin in die Praxis mitzubringen. Der Patientin /dem Patienten /den Sorgeberechtigten ist es bewusst, dass sie der Therapeutin / dem Therapeuten gegenüber unabhängig von einer etwaigen Refinanzierung durch Kostenträger zahlungspflichtig sind.

3. Selbstzahler

Der/die Patient:in und die Sorgeberechtigten erklären, dass er/sie Selbstzahler ist/sind. Die Honorierung der Behandlung bei Selbstzahlern oder Privatversicherten erfolgt nach

☐ individueller Vereinbarung für eine Vergütung pro Sitzung in Höhe von _____ EURO.
☐ nach dem Hufelandverzeichnis sei denn, es wird eine andere Honorarvereinbarung getroffen.

4. Ausfallhonorar

Diese kunsttherapeutische Praxis ist eine Bestellpraxis, die mit Terminvorläufen arbeitet. Die Behandlung erfolgt in regelmäßigen Abständen zumeist mit einer Sitzung pro Woche. Die mit der/ dem Patient:in vereinbarten Termine sind verbindlich und ausschließlich für diese/n reserviert. Dem/ der Patient:in und den Sorgeberechtigten ist bewusst, dass vereinbarte Termine einzuhalten sind. Nicht wahrgenommene Termine können meist nicht durch die Behandlung anderer Patient:innen ersetzt werden. Kommt daher ein/ eine Patient:in nicht zum vereinbarten Termin, entsteht ein Honorarausfall.

Sollte der/ die Patient:in einen Termin ausnahmsweise nicht einhalten können, sind diese rechtzeitig abzusagen, d.h. spätestens 24 Stunden vorher. Wenn der/ die Patient:in oder die Sorgeberechtigten den vereinbarten Termin nicht rechtzeitig absagen, verpflichten sie sich, den entstandenen Honorarausfall auszugleichen. Dies gilt unabhängig von dem Grund der Verhinderung. Das Ausfallhonorar wird privat in Rechnung gestellt.

5. Beendigung der Therapie

Die Beendigung der Therapie erfolgt in Absprache. Gleichwohl kann jeder/ jede Patient:in und ggf. deren Sorgeberechtigten die Behandlung jederzeit fristlos und formlos beenden. Wenn die Behandlung beendet wird, ist es wünschenswert, dem/der behandelnden Therapeut:in die Gründe hierfür mitzuteilen.

Wenn Termine mehrfach durch den/die Patient:in abgesagt werden, muss der/die behandelnde

Therapeut:in davon ausgehen, dass eine kontinuierliche Behandlung nicht möglich ist. Dies stellt den Therapieerfolg in Frage und kann zu einer vorzeitigen Therapiebeendigung von Seiten der Therapeutin / des Therapeuten führen. Für die Patientinnen und Patienten entstehen dadurch keine Kosten und keine Nachteile.

Der/die behandelnde Therapeut:in beendet die Behandlung vorzeitig, wenn die Voraussetzungen für das Gelingen der Behandlung nicht mehr gegeben sind. Die Gründe werden besprochen (z.B. fehlende Umstellungsfähigkeit, Lebensumstände, die einem Gelingen der Therapie im Wege stehen, mangelnde Zuverlässigkeit oder Verweigerung der erforderlichen Mitarbeit).

6. Weiterleitung von therapierelevanten Informationen

Änderungen des Gesundheitszustandes, Arztbesuche, Einnahme von Medikamenten, insbesondere Psychopharmaka und Veränderungen in der Medikation sollen möglichst zeitnah mitgeteilt werden.

Dieser Therapievertrag wurde mir in schriftlicher Form zur Durchsicht ausgehändigt. Etwaige Fragen hierzu wurden mir ausreichend erläutert. Hiermit erkläre ich, dass die Weitergabe der Informationen über die Rahmenbedingungen der beabsichtigten Therapie erfolgt ist, der/die Patient:in und ggf. die Sorgeberechtigten mit den Regelungen einverstanden ist/sind und der Beginn der Therapie gewünscht wird.

Informationen

1. Datenschutz und Schweigepflicht

Die Behandlung umfasst die Anamnese, Diagnostik und Durchführung der Behandlung mit Anthroposophische Kunsttherapie. Über die Inhalte der gesamten Behandlung besteht die therapeutische Schweigepflicht. Sie gilt für jede Person, die beruflich mit Informationen über Patient:innen befasst ist. Für die Weitergabe von Informationen an Außenstehende ist die schriftliche Einwilligung des/der Patient:in und ggfls. der Sorgeberechtigten notwendig.

Um eine Zusammenarbeit Ihrer Behandler zu ermöglichen, bitten wir Sie uns gegenseitig von der Schweigepflicht zu entbinden.

Die Entbindung von der Schweigepflicht gilt für die Dauer der kunsttherapeutischen Behandlung für folgende Behandler:

.....
.....
.....

2. Erhebung von Daten

Der/die Patient:in und die Sorgeberechtigten willigen ein, dass der/die behandelnde Therapeut:in Informationen über den/die Patient:in erhebt (z.B. durch Arzt- oder Therapieberichte und andere Informationsträger, die zur Informationserhebung evtl. notwendig sein könnten), diese auswertet und niederlegt zum Zweck der Planung, Durchführung, Dokumentation und der Einschätzung des Erfolgs der Behandlung. Diese Informationen werden in Papierform oder in elektronischer Form in einer Patientenakte abgelegt und gespeichert. Sie werden u.a. in Form von Therapieberichten zum Zwecke der Therapiedokumentation verarbeitet, müssen entsprechend gesetzlicher Vorschriften zehn Jahre archiviert werden und sind von Dritten nicht einsehbar.

3. Risiken und Nebenwirkungen

Auch bei einer Anthroposophischen Kunsttherapie kann es vorübergehende Nebenwirkungen geben wie z.B. sensibilisierte Geräusch- oder Lichtempfindungen, starke Wärmempfindungen oder starke Müdigkeit.

Der/ die Patient:in und ggf. die Sorgeberechtigten haben sich zur Durchführung einer Anthroposophische Kunsttherapie. entschlossen und sind sich darüber im Klaren, dass diese aufgrund ihres übungs- und trainingsbezogenen Ansatzes die aktive Mitarbeit des/der Patient:in vorausgesetzt wird.

4. Erklärung zur Berichtspflicht

Die/der behandelnde Therapeut:in unterliegt der Berichtspflicht gegenüber dem/ dem verordnenden Arzt:in. Ich bin mit dem für die Planung und Durchführung der Therapie notwendigen Austausch und der regelmäßigen Übersendung von Berichten einverstanden.

Ort, Datum Unterschrift Patient:in

oder

Ort, Datum Unterschrift Sorgeberechtigte/Sorgeberechtigte

Ort, Datum Unterschrift/Stempel Anthroposophische:r Kunsttherapeut:in