

# Psychotherapeutische Praxis für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene

Jan Jensen

Diplom-Psychologe

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (Verhaltenstherapie)

## Patientenerklärung zur Übermittlung eines Berichts

Patient\*in (Name, Vorname) : \_\_\_\_\_

Geburtsdatum : \_\_\_\_\_

Seit dem 01.01.2008 gilt, dass Psychotherapiesitzungen nur abgerechnet werden können, wenn gegenüber dem/der Hausarzt/-ärztin bzw. dem/der Kinderarzt/-ärztin über die psychotherapeutische Behandlung schriftlich Bericht erstattet wird. Rechtliche Grundlage ist die EBM-Bestimmung in Abschnitt 2.1.4 (Übermittlung eines Berichts zur psychotherapeutischen Behandlung an den Arzt) in Verbindung mit §73 Abs. 1b SGB V.

Dieser Bericht muss zu Beginn und nach Ende der Behandlung und zusätzlich einmal im Jahr bei Psychotherapien, die länger als 1 Jahr dauern, erstellt werden.

Wenn kein/e Hausarzt/-ärztin bzw. Kinderarzt/-ärztin angegeben werden kann oder wenn der/die Patient\*in und/oder der/die Sorgeberechtigte die Erstellung eines Berichts nicht wünschen, entfällt die Berichtspflicht.

### Wir bitten Dich/Sie mit Deiner/Ihrer Unterschrift Folgendes zu bestätigen:

- Ich bin damit einverstanden, dass der/die Hausarzt/-ärztin bzw. der/die Kinderarzt/-ärztin einen schriftlichen Bericht erhält.
- Ich habe keine/n Hausarzt/-ärztin bzw. Kinderarzt/-ärztin.
- Ich bin **nicht** damit einverstanden, dass meinem Hausarzt/meiner Hausärztin bzw. Kinderarzt/Kinderärztin über die Psychotherapie schriftlich berichtet wird. Sollten jedoch Informationen über die Psychotherapie für meinen behandelnde/n Hausarzt/-ärztin bzw. Kinderarzt/-ärztin wichtig sein, wird sich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit ihm/ihr nach Absprache mit mir/uns und Vorlage einer schriftlichen von mir/uns unterzeichneten Schweigepflichtentbindung in Verbindung setzen.
- Ein/e Facharzt/-ärztin hat mich überwiesen. Ich bin **nicht** damit einverstanden, dass mein/e Facharzt/-ärztin einen schriftlichen Bericht erhält, der dann in Kopie an meine/n Hausärztin/-arzt bzw. Kinderärztin/-arzt geht.

Deine/Ihre schriftliche Bestätigung ist nach §73 Abs. 1b SGB V notwendig. Sie kann jederzeit widerrufen werden.

**Ich bin / wir sind über die oben dargestellten gesetzlichen Regelungen zur Berichtspflicht ausführlich informiert worden und stimme der getroffenen Vereinbarung ausdrücklich zu.**

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Patient\*in

\_\_\_\_\_  
Sorgeberechtigte/r

\_\_\_\_\_  
Sorgeberechtigte/r