

08.03.2016

Ihre Anfrage nach Psychotherapie

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns über Ihr Interesse an und Ihre Anfrage nach einem Psychotherapieplatz in unserer Verhaltenstherapeutischen Institutsambulanz der vfkv gGmbH.

Vor der Vereinbarung eines ersten, persönlichen Gesprächs ist bereits Ihre aktive Mitarbeit erforderlich. Bitte lesen Sie daher die folgenden Unterlagen sorgfältig durch.

Folgende, beiliegende Anmeldeunterlagen senden Sie bitte ausgefüllt per Post an uns zurück:

- *Anmeldebogen (inkl. Beschwerdeschilderung)*
- *PVS-Abrechnungserklärung*
- *Kenntnisnahme Informationen & Rahmenbedingungen*
- *Schweigepflichtentbindung vfkv gGmbH*
- *Berichtspflicht*

Legen Sie ferner bitte Arztberichte von eventuell früheren Behandlungen bei. Verwenden Sie hier bitte Kopien, da ggfs. Ihre Unterlagen bei Nichtaufnahme vernichtet werden. **Bitte nutzen Sie zur Anforderung der Arztbriefe die beiliegende „Schweigepflichtentbindung Befunde“.**

Bitte beachten Sie: Bei unvollständigen Angaben oder bei verspätetem Nachreichen von Befunden kann es zu Verzögerungen im Anmeldeprozess kommen. Sobald Ihre Unterlagen fachlich gesichtet sind, werden wir Sie erneut kontaktieren. Vielen Dank.

Bitte beachten Sie, dass die Verhaltenstherapeutische Institutsambulanz der vfkv gGmbH **nicht** die Möglichkeit zur Krisenintervention bietet.

Wenden Sie sich in dringenden Notfällen an den Psychiatrischen Krisendienst München unter Tel. 089/7295960 oder an die Psychiatrische Ambulanz, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität München, Nußbaumstraße 7, Tel. 089/5160-5511.

Zudem können Sie sich auch bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (www.kvb.de, 0921/787 76 54 04 10) nach Psychotherapeuten sowie freien Psychotherapieplätzen erkundigen.

Mit freundlichen Grüßen

Sekretariat Verhaltenstherapeutische Institutsambulanz der vfkv gGmbH

vfkv Ausbildungsinstitut München gGmbH
Lindwurmstr. 117 / 4. und 5. Stock
80337 München

✓ Kontakt Ausbildung
Tel. 089-452 41 66-0
Fax 089-452 41 66-40
aim@vfkv.de
www.vfkv.de

✓ Kontakt Ambulanz
Tel. 089-452 41 66-50
Fax 089-452 41 66-40
ambulanz@vfkv.de
www.vfkv.de

✓ Bankverbindung
Bank für Sozialwirtschaft
IBAN DE46 7002 0500 0008 8132 00
BIC BFSWDE33MUE

Amtsgericht München HRB 222 413
Geschäftsführerin: Barbara Weltin
St.-Nr. 143/237/84702

Informationen und Rahmenbedingungen der Verhaltenstherapeutischen Institutsambulanz

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bevor Sie sich im Rahmen unserer Verhaltenstherapeutischen Institutsambulanz für eine Therapie entscheiden, möchten wir Sie noch auf einige Besonderheiten und Rahmenbedingungen hinweisen. Diese benötigen wir unterschrieben zurück als Voraussetzung für Ihre Anmeldung.

Psychotherapie unter Supervision: Die Therapeuten unserer Institutsambulanz sind Diplom-Psychologen, die sich in einer verhaltenstherapeutischen Weiterbildung befinden. Deshalb findet regelmäßig Supervision statt, d.h. ein erfahrener Therapeut bespricht mit Ihrem Therapeuten den Fortgang Ihrer Therapie und gemeinsam wird über den besten Weg, Ihnen zu helfen, beraten. Den Supervisor Ihres Therapeuten werden Sie persönlich kennen lernen.

Zur Supervision gehört ebenfalls die regelmäßige Auswertung von Videobändern. Das Band wird nach Beendigung der Therapie vernichtet. Im Übrigen unterliegen sowohl der Supervisor, als auch Ihr Therapeut natürlich der ärztlichen Schweigepflicht. Supervision ist auch für erfahrene Therapeuten notwendig und stellt ein wesentliches Qualitätsmerkmal unserer Arbeit dar.

Ablauf der Behandlung: Vor Beginn der „eigentlichen“ Psychotherapie finden bis zu 5 sogenannte probatorische Sitzungen statt. Man könnte auch „Probesitzungen“ sagen. In der ersten Sitzung findet das Vorgespräch mit der psychotherapeutischen Ambulanzleitung statt, an dem unter Umständen ein Therapeut in Ausbildung beisitzt. Sollten Sie mit dem Beisitz NICHT einverstanden sein, so vermerken Sie dies bitte in Ihren Anmeldeunterlagen. Die weiteren probatorischen Sitzungen finden dann mit Ihrem Therapeuten statt. Ziel der Probatorik ist, dass sich zum einen der Therapeut ein Bild über Ihre Beschwerden, Probleme, deren mögliche Entstehungsgeschichte und die persönliche Lebenssituation macht, um zu entscheiden, welche therapeutischen Schritte denkbar sind und ob eine erfolgversprechende Zusammenarbeit zu erwarten ist. Zum anderen können Sie Ihre Therapieentscheidung und später Ihre Therapeutenwahl überprüfen. Die probatorischen Sitzungen dienen somit dem Kennenlernen, der klinischen Diagnostik, der Indikationsstellung und der gemeinsamen Definition von Therapiezielen und -planung.

Eine psychotherapeutische Sitzung dauert 50 Minuten und findet in der Regel wöchentlich statt. Für eine erfolgversprechende Behandlung ist Ihre mitunter auch sehr zeitaufwendige Mitarbeit zwischen den einzelnen Sitzungen unbedingt erforderlich. Im Rahmen der Therapie kann es sinnvoll sein, Übungen auch außerhalb des Therapieraumes durchzuführen z.B. im Rahmen eines Selbstsicherheitstrainings im Supermarkt etc. Der maximale zeitliche Umfang der zu beantragenden Therapie hängt von der Indikation, den Behandlungszielen sowie gewissen, vorgegebenen Obergrenzen der Krankenkassen ab.

Schweigepflicht: Es ist selbstverständlich, dass Institutsambulanz und Ihr Therapeut unter der gesetzlichen Schweigepflicht stehen. Eine Kommunikation mit beispielsweise zuvor und/oder aktuell behandelnden Ärzten und anderen Dritten ist nur mit Ihrer ausdrücklichen Zustimmung möglich und, wenn Sie eine Entbindung von der Schweigepflicht geben – außer in ganz speziellen Ausnahmefällen von Gefährdung für Sie oder Dritte.

Konsiliarbericht: Vor Therapiebeginn ist die Einholung eines sogenannten Konsiliarberichtes vorgeschrieben. Hier soll ein Fach-/Arzt Ihrer Wahl erklären, dass keine Ursachen, die eine rein körperliche Behandlung erforderlich machen würden, Grund für die Therapie sind bzw. eine Therapie ausschließen. Eine Kopie dieses Konsiliarberichtes ist dem Antrag an die Krankenkasse, welche die Kosten übernimmt, beizufügen. Weiteres erfahren Sie auch im persönlichen Gespräch.

Kosten: Bei gesetzlich Versicherten werden die Kosten für probatorische Sitzungen von der gesetzlichen Krankenkasse direkt übernommen. Für die weiteren psychotherapeutischen Sitzungen ist bei gegebener Indikation ein Antragsverfahren notwendig, welches Ihr Therapeut mit Ihnen gemeinsam durchführen wird. Näheres erfahren Sie auch im persönlichen Gespräch. Sie verpflichten sich, den Wechsel der Krankenkasse sofort mitzuteilen.

Ausfallhonorar: Die Zeit für Ihre psychotherapeutische Sitzung wird für Sie reserviert. Sollten Sie einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie Ihn bitte baldmöglichst ab – spätestens jedoch 48 h vorher. Sollten Sie sehr kurzfristig nicht kommen können, dann informieren Sie ebenfalls die Ambulanz bzw. Ihren Therapeuten. Leider ist es in der Regel nicht möglich, so kurzfristig abgesagte Termine an andere Patienten weiter zu geben. Bitte beachten Sie daher, dass Ihnen bei einer Terminabsage kurzfristiger als 48 h vor dem vereinbarten Termin (egal aus welchen Gründen) bzw. bei Nichterscheinen zum Termin ein Ausfallhonorar in Höhe des jeweiligen Kassensatzes der vereinbarten Sitzung in Rechnung stellt wird. Das Ausfallhonorar kann nicht durch die Krankenkasse erstattet werden.

Therapieabbruch: Sollten Sie zweimal unentschuldigt fehlen, wird die Therapie beendet. Sollten Sie eine begonnene Behandlung vorzeitig beenden wollen, so besprechen Sie dies bitte mit Ihrem Therapeuten in der nächsten Sitzung.

Kenntnisnahme Informationen und Rahmenbedingungen

Ich habe die 2-seitigen Informationen und Rahmenbedingungen der Verhaltenstherapeutischen Institutsambulanz der vfkv gGmbH gelesen und erkenne sie mit meiner Unterschrift an:

.....
Ort, Datum, Unterschrift der Patientin/ des Patienten (und ggfs. des/der gesetzlichen Vertreters/in)

Falls Sie hierzu noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an die Ambulanzleitung bzw. später an Ihren Therapeuten.

gez. Dr. med. Harry Manzinger
FA für Psychotherapeutische Medizin

Dipl.-Psych. Christine Oppenländer-Schulze
Psychologische Psychotherapeutin

Leitung der Verhaltenstherapeutischen Institutsambulanz der vfkv gGmbH

Schweigepflichtentbindung der vfkv gGmbH

Ich,, geb. am,
Name, Vorname

entbinde hiermit die Verhaltenstherapeutische Institutsambulanz der vfkv gGmbH sowie deren Ambulanzleitung und Supervisoren von der Schweigepflicht untereinander und erlaube die Einsicht und Bearbeitung meiner Daten zu administrativen, organisatorischen und behandlungsvorbereitenden Zwecken.

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift

Anmeldebogen (bitte ausfüllen)

Herr / Frau:

.....
Name, Vorname Titel geboren am

Anschrift:
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Telefon:
Festnetz Handy

Anrufbeantworter besprechen erlaubt? ja nein
(bei telefonischer Nicht-Erreichbarkeit)

Kontaktaufnahme per SMS erlaubt? ja nein

email:
bitte nur ausfüllen, wenn Sie mit einer Kontaktaufnahme per Email einverstanden sind (bei telefonischer Nicht-Erreichbarkeit)

Familienstand:

Erlerner Beruf:

Derzeitige Beschäftigung:

Krankenkasse: **Geschäftsstelle:**
Name Adresse

Überwiesen / Empfohlen von:
Arzt, Beratungsstelle usw.

Adresse und Tel.:

Derzeitiger Therapieanlass/Beschwerden (Stichworte):

Ist Ihnen eine Diagnose bekannt? nein ja und falls ja, welche:

Medikamente (jeglicher Art, seit wann und in welcher Dosierung):

Körperliche Erkrankungen / Allergien:

Sonstiges:

Bitte schildern Sie uns hier ausführlich Ihre Beschwerden, Ihre Krankheitsgeschichte mit Vortherapien sowie laufenden Behandlungen. Bitte beachten Sie **Vorder- UND Rückseite**.

Sollte Ihnen der Platz nicht ausreichen, so fahren Sie bitte auf einem zusätzlichen Blatt fort.

1) Was ist Ihr aktueller Therapieanlass, aufgrund welcher Schwierigkeiten und/oder Beschwerden streben Sie eine Behandlung in unserer Ambulanz an und seit wann bestehen diese Schwierigkeiten/Beschwerden?

2) Welche Auswirkungen haben diese Beschwerden auf Ihr Leben, z.B. Familie, Partnerschaft, Beruf, Freizeit?

3) Welches sind Ihre wichtigsten Ziele für die psychotherapeutische Behandlung?

4) Befanden Sie sich bereits in psychotherapeutischer Behandlung? ja nein

Falls ja: ambulant

Verhaltenstherapie Psychoanalyse tiefenpsychologisch orientiert

Grund:

Zeitraum (von bis):

Sitzungsanzahl:

Oder: stationär

psychiatrisch

rehabilitativ

psychosomatisch

Grund:

Zeitraum (von bis):

Klinik

Bitte legen Sie die Entlassberichte zumindest der letzten zwei Jahre bei.

5) Befinden/befanden Sie sich bereits in ärztlich psychiatrischer Behandlung? ja nein

Falls ja: ambulant

oder

stationär

Grund:

Zeitraum (von bis/ seit wann):.....

Klinik/Behandler.....

Bitte legen Sie die Entlassberichte zumindest der letzten zwei Jahre bei.

6) Terminliche Präferenzen Ihrerseits versuchen wir zu berücksichtigen; eine Zusage, Ihnen zur gewünschten Zeit einen Therapieplatz anzubieten, ist leider nicht möglich.

Hier können Sie angeben, wann es Ihnen definitiv **nicht** möglich ist, Termine wahrzunehmen.

Berichtspflicht

Patient/in: geb. am
Name, Vorname

Berichtspflicht zur Übermittlung eines Berichts über die laufende Psychotherapie (zu Beginn und am Ende einer Psychotherapie) an den Hausarzt und ggf. den Facharzt (gemäß § 73 Abs. 1b SGB V)

Laut EBM (Gebührenordnung für die Abrechnung) ist Ihr Therapeut gesetzlich verpflichtet, Ihrem Hausarzt unaufgefordert einen Befundbericht zu übermitteln. Hierzu bedarf es keiner Schweigepflichtentbindung Ihrerseits, sondern es besteht für den Therapeuten eine gesetzliche Offenbarungspflicht. Allerdings können Sie Ihren Therapeuten von dieser Offenbarungspflicht entbinden, falls dies Ihr Wunsch ist. Dieselben Regelungen treffen für einen obligatorischen Bericht an den Facharzt zu, falls Sie von einem Facharzt zur Psychotherapie überwiesen wurden.

Wir bitten Sie, mit Ihrer Unterschrift folgendes zu bestätigen:

- Ich wünsche ausdrücklich die Übermittlung eines Berichts (enthält Diagnose & Art der durchgeführten Therapie) über meine laufende Psychotherapie zu Beginn und Ende der Therapie (mindestens einmal jährlich).
 - Der Bericht soll meinem Hausarzt zugeschickt werden:

Name des Hausarztes:

Anschrift:

- und an den überweisenden Facharzt:

Name des Facharztes:

Anschrift:

- Ich wünsche ausdrücklich keine Übermittlung eines Berichts zu meiner Psychotherapie an meinen Hausarzt oder überweisenden Facharzt.
- Ich habe keinen Hausarzt.

Diese Vereinbarung gilt für die gesamte Dauer meiner Behandlung und kann jederzeit widerrufen oder geändert werden.

.....
 Ort / Datum Unterschrift

Patienten-Name:

.....

PVS-Abrechnungserklärung

Einwilligungserklärung /
Schweigepflichtentbindungserklärung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um uns von dem steigenden Verwaltungsaufwand zu entlasten, haben wir **die Abrechnung unserer Leistungen mit den Krankenkassen der PVS pria GmbH, Remscheider Str. 16, 45481 Mülheim**, übertragen. Zur Erfüllung ihrer Aufgaben schaltet die PVS pria GmbH das mit ihr verbundene Unternehmen PVS holding GmbH¹ ein. Alle Mitarbeiter dieser Unternehmen unterliegen den Bestimmungen der Schweigepflicht und des Datenschutzes mit gleicher gesetzlicher Bindungswirkung wie wir selbst.

Wir bitten Sie, uns durch Ihre Unterschrift Ihre Einwilligung zur Übermittlung der zur Abrechnung unserer Leistungen notwendigen persönlichen Behandlungsdaten² an die oben genannten PVS-Unternehmen zu erteilen. Ihre Angaben werden nach der Datenverarbeitung natürlich gelöscht.

Unsere Leistungen sind natürlich nicht von dieser Einwilligung abhängig³.

Mit freundlichem Gruß
Ihre Ambulanzleitung

Hiermit erteile ich meine Einwilligung und entbinde insoweit meine behandelnden Psychotherapeuten und ihre berufsmäßigen Gehilfen zugleich von der Schweigepflicht.

.....

Datum, Unterschrift Patient/in

Bei minderjährigen Patienten: Unterschrift aller Sorgeberechtigten

¹ Die PVS holding GmbH ist die Muttergesellschaft der PVS pria GmbH. Die PSV holding GmbH wickelt im Auftrag der PVS pria GmbH sämtliche mit der Erstellung und Bezahlung der Rechnungen in Verbindung stehenden buchhalterischen Vorgänge ab. Zudem übernimmt die PVS holding GmbH im Auftrag der PVS pria GmbH die Wartung und Pflege der EDV-Infrastruktur sowie den Druck und Versand der Rechnungen und der Kundendokumentation.

² Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, evtl. Tarife, Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach der Gebührenordnung, dazugehörige Diagnosen

³ Sie können einzelne Behandlungen von dieser Erklärung ausnehmen oder die Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Dann wird die Abrechnung von der vfkv selbst vorgenommen.

Schweigepflichtentbindung Befunde

Ich,, geb. am,
Name, Vorname

entbinde hiermit meine/n behandelnde/n Ärztin/Arzt:

Frau/Herrn

Adresse, Tel.

von der ärztlichen Schweigepflicht und bin damit einverstanden, dass Behandlungsberichte und Befunde mindestens der letzten 2 Jahre – stationär sowie ambulant – an die Verhaltenstherapeutische Institutsambulanz der vfkv gGmbH (Verein zur Förderung der klinischen Verhaltenstherapie) zum Zweck der Therapievorbereitung ausgehändigt werden.

.....

Ort / Datum

.....

Unterschrift

Dr. med. Harry Manzinger
FA für Psychotherapeutische Medizin

Dipl.-Psych. Christine Oppenländer-Schulze
Psychologische Psychotherapeutin

Leitung der Verhaltenstherapeutischen Institutsambulanz der vfkv gGmbH

Sehr geehrte/r Patient/in,

diese Schweigepflichtentbindung können Sie nutzen, um die notwendigen Behandlungsunterlagen und Befunde von Ihren behandelnden Ärzten einzuholen. Diese Unterlagen können von den Ärzten auch direkt an unsere Institutsambulanz geschickt werden, oder aber Sie schicken diese persönlich an uns. **Bitte beachten Sie: je eher die Unterlagen bei uns vorliegen, desto schneller können wir Ihnen auch einen Gesprächstermin vorschlagen.**

Mit freundlichen Grüßen

Verhaltenstherapeutische Institutsambulanz der vfkv gGmbH

Hinweis: Die Schweigepflichtentbindung können Sie sich kopieren und ggf. für mehrere Ärzte/ Kliniken verwenden.