

ADHS-Diagnostik – Organisatorische Unterlagen

Vielen Dank für Ihr Interesse an einer ADHS-Diagnostik in meiner Praxis.

Bitte lesen Sie die Unterlagen sorgfältig durch und senden Sie die ausgefüllten und unterschriebenen Formulare anschließend per Post an

Psychotherapie Tekath
Sterkrader Str. 201
46242 Bottrop

Alternativ können Sie die Unterlagen auch in den Briefkasten der Praxis einwerfen.

Bitte ausfüllen und unterschreiben:

- ☐ Neuerfassungsbogen
- ☐ Diagnostik-Vereinbarung
- ☐ Einwilligung zur elektronischen Patientenakte (ePA)

Optional:

Diese Unterlagen sind nur erforderlich, wenn einzelne diagnostische Termine ausnahmsweise per Videosprechstunde durchgeführt werden sollen. Dies kann beispielsweise sinnvoll sein, um einen Terminausfall bei Krankheit oder anderen kurzfristigen Hinderungsgründen zu vermeiden.

- ☐ Informationen zur Videosprechstunde

Ablauf der Diagnostik

1. Telefonische Anmeldung und Prüfung freier Diagnostikplätze.
2. Rücksendung der organisatorischen Unterlagen.
3. Zusendung der diagnostischen Screeningfragebögen per E-Mail.
4. Bearbeitung der Fragebögen und Zusammenstellung der erforderlichen Unterlagen.
5. Terminvereinbarung für das Erstgespräch.
6. Durchführung der Diagnostik.
7. Abschlussgespräch mit Besprechung der Ergebnisse.

Bitte bearbeiten Sie die Unterlagen möglichst zeitnah. Da nur eine begrenzte Anzahl an Diagnostikplätzen zur Verfügung steht, können diese nicht unbegrenzt freigehalten werden. Es besteht die Möglichkeit, mit der Praxis Informationen und Daten per E-Mail auszutauschen. Die Datensicherheit über das Internet (z. B. E-Mail) kann nicht gewährleistet werden. Sensible persönliche Daten werden seitens der Psychotherapeutin nicht per E-Mail versendet. Auch zur Terminabsprache bittet die Psychotherapeutin um telefonische Kontaktaufnahme.

Checkliste für das Erstgespräch

Bitte bringen Sie – soweit vorhanden – folgende Unterlagen in Kopie mit:

- ☐ **Grundschulzeugnisse (besonders wichtig)**
- ☐ **ausgefüllte Fragebögen (besonders wichtig)**
- ☐ **Ihre Gesundheits- bzw. Krankenversichertenkarte**
- ☐ frühere Arztberichte
- ☐ frühere psychotherapeutische oder psychiatrische Berichte
- ☐ Klinik- oder Reha-Berichte
- ☐ weitere relevante medizinische Unterlagen

Datum: _____

Neuerfassung (bitte bevorzugte Kontaktmöglichkeit ankreuzen):

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Geschlecht

Familienstand

Erlerner Beruf

derzeit tätig als

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

☐ Telefon

☐ Mobil

☐ E-Mail

Hausarzt/in: _____ ☐ Überweiser/in

Psychiater/in: _____ ☐ Überweiser/in

Rentantrag gestellt: ☐ Nein ☐ Ja, am _____

Terminwünsche: _____

Kommt eine psychotherapeutische Gruppenbehandlung für Sie in Frage? ☐ Ja ☐ Nein

Hinweis: Die Praxis speichert zu Identifizierung Ihrer Person Ihr Foto (i.d.R. von der Gesundheitskarte) in Ihren digitalen Patientenstammdaten des Praxisverwaltungssystems. Sie können dem jederzeit widersprechen.

Kostenträger:

☐ gesetzliche Krankenversicherung*

☐ private Krankenversicherung

☐ Beihilfe

☐ Selbstzahlung

☐ Berufsgenossenschaft

☐ Weiteres:

* Die Abrechnung über die GKV kann nur erfolgen, sofern ein Versicherungsnachweis (z. B. Gesundheitskarte) vorliegt.

Diagnostik-Vereinbarung

Zwischen Stefanie Tekath (Psychologische Psychotherapeutin, Sterkrader Str. 201, 46242 Bottrop) - nachfolgend **Psychotherapeutin** genannt - und Frau / Herrn _____, geb. am _____, wohnhaft _____ in _____ - nachfolgend **Patient** genannt – wird die Durchführung einer ambulanten ADHS-Diagnostik vereinbart.

Ziel dieser Vereinbarung ist die diagnostische Abklärung, ob eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) oder eine andere Ursache der geschilderten Beschwerden vorliegt. Der Patient wurde darüber aufgeklärt, dass die Diagnostik ergebnisoffen erfolgt. Sie kann sowohl zur Bestätigung als auch zum Ausschluss einer ADHS oder zur Empfehlung weiterer diagnostischer Maßnahmen führen. Ein bestimmtes Diagnoseergebnis wird nicht zugesichert.

Der Patient wurde darüber aufgeklärt, dass die Untersuchungsergebnisse im Abschlussgespräch ausführlich erläutert werden. Als schriftliche Zusammenfassung erhält der Patient die individuelle Patienteninformation (PTV 11). Ein ausführlicher mehrseitiger diagnostischer Abschlussbericht wird nicht erstellt.

Dem Patienten wurde erläutert, dass die Diagnostik nicht automatisch zu einer anschließenden psychotherapeutischen Behandlung in meiner Praxis führt. Derzeit bestehen hierfür in der Regel keine freien Behandlungskapazitäten.

Die Kosten der diagnostischen Leistungen sollen gemäß nachfolgender Erklärung des Patienten abgerechnet werden:

Ich bin in der **gesetzlichen Krankenversicherung**, bei der _____, versichert. Meine Versicherungsnummer lautet _____. Ich wünsche eine Behandlung **zu Lasten meiner Krankenkasse**, die Abrechnung der Leistungen erfolgt über die Kassenärztliche Vereinigung.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass ich **je Quartal** einmal meine **Krankenversicherungskarte** der Psychotherapeutin vorlegen muss. Das Einlesen der Karte kann i. d. R. spätestens in der Mitte des ersten Quartalsmonats stattfinden (Januar, April, Juli, Oktober). Ohne das Einlesen der Karte kann keine Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung erfolgen und die Kosten der Psychotherapie werden mir in Rechnung gestellt. Mit dieser Regelung bin ich einverstanden.

Zusätzlich vereinbaren Patient und Psychotherapeutin folgendes:

- **Aufklärung:** Die Psychotherapeutin hat den Patienten über folgende Punkte aufgeklärt: ☐ Ablauf der Diagnostik, ☐ erforderliche Mitwirkung (z.B. Fragebögen, Unterlagen), ☐ Erreichbarkeit der Praxis, ☐ Organisatorisches (z. B. Schweige-, Dokumentations- und Aufbewahrungspflicht der Psychotherapeutin), ☐ Terminvereinbarung, ☐ Sonstiges: _____
- **Schweigepflicht im Zusammenhang mit der Diagnostik:** Dem Patienten wurde erklärt, dass der Schutz seiner persönlichen Daten und medizinischen Befunde aufgrund der diesbezüglichen Gepflogenheiten der Kostenträger nicht sicher gewährleistet und auch von der Psychotherapeutin nicht sichergestellt werden kann.

- **Interessenwahrung:** Der Patient wurde darüber aufgeklärt, dass die Psychotherapeutin alle notwendigen Informationen ihrer/seiner Behandlung (z. B. Termine der stattgefundenen Sitzungen) zur Wahrung Ihrer berechtigten Interessen im Falle eines Rechtsverstößes seitens des Patienten (z. B. Sachbeschädigung am Praxisinventar) an entsprechende Stellen (z. B. Anwalt) weitergeben darf.
- **Supervision / Intervision / Qualitätszirkel:** Der Patient ist damit einverstanden, dass die Psychotherapeutin im Rahmen von Supervision, Intervision oder Qualitätszirkeln in anonymisierter Darstellungen über den Behandlungsverlauf der Patienten spricht, sofern sie dies für die eigene Fort- und Weiterbildung bzw. zur qualitätssichernden Therapiekontrolle als notwendig oder sinnvoll erachtet. Der Patient entbindet hiermit die Psychotherapeutin zu diesem Zwecke von Ihrer Schweigepflicht gegenüber dem jeweiligen Supervisor bzw. anderen Teilnehmenden der Supervision- oder Intervisionsgruppe bzw. des Qualitätszirkels. Sollten seitens des Patienten wichtige Gründe dem entgegenstehen, werden diese nach Klärung mit der Psychotherapeutin respektiert.
- **Datenschutz:** Der Patient hat den Hinweis auf die Patientenerklärung zum Datenschutz erhalten. Diese befindet sich als Aushang im Flur der Praxis und steht auf der Website zum Download bereit (<https://www.psychotherapie-tekath.de/pdf/Datenschutz.pdf>).
Der Patient wurde darüber aufgeklärt, welche Dienstleister (z. B. Sprechstundenhilfe, Kassenärztliche Vereinigung, Steuerberater, Softwarefirma) möglicherweise Einsicht in ihre/seine Daten erhalten können. Des Weiteren wurde sie/er darüber informiert, zu welchem Zweck (z. B. Abrechnung, Patientenverwaltung) und unter welchen Voraussetzungen (z. B. unterschriebene Verschwiegenheitserklärung) eine solche Einsicht erfolgt.
- **Selbstverpflichtung durch den Patienten:**
 - ☐ Ich verpflichte mich, die im Rahmen der Diagnostik ausgehändigten Fragebögen vollständig und nach bestem Wissen zu bearbeiten.
 - ☐ Ich verpflichte mich zur Verschwiegenheit über andere Patienten, von denen ich zufällig (z. B. über Wartezimmerkontakte) Kenntnis erhalten habe.
 - ☐ Ich werde von mir aus weitere Unterlagen (z. B. Klinik- oder Kurberichte, ärztliche Gutachten) beibringen und eine Kopie an die Psychotherapeutin übergeben.
 - ☐ Ich werde Änderungen meiner Kontaktdaten unverzüglich mitteilen.
- **Terminabsagen & Ausfallhonorar:** Der Patient verpflichtet sich, bei Verhinderung einen vereinbarten Behandlungstermin eine Woche im Voraus, spätestens jedoch 48 Werktagsstunden (Werktage: Montag bis Freitag) vorher abzusagen. Erfolgt die Terminabsage nicht rechtzeitig, wird dem Patienten 60 % von dem der Psychotherapeutin zustehenden Honorar in Rechnung gestellt. Der Patient kann die aktuellen Abrechnungssätze im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einsehen (z.B. <https://www.kbv.de/html/online-ebm.php>; folgende Abrechnungsziffern sind i.d.R. relevant: psychotherapeutische Sprechstunde 50-75 Min. 2-3x 35151, psychotherapeutische Gespräch 50-70Min. 5-7x 23220) oder bei der Psychotherapeutin erfragen. Die Psychotherapeutin ist berechtigt neue Termine erst nach Begleichung offener Rechnungsbeträge zu vergeben.
Hinweis: Der Patient wurde darüber aufgeklärt, dass bei verspätetem Erscheinen zum vereinbarten Termin eine Sitzung im vollen Zeitumfang nicht gewährleistet werden kann. In diesem Fall kann die Krankenversicherung die Kostenübernahme für diese Sitzung trotz Kostenzusage verweigern. Auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten kann die Sitzung in diesem Fall dennoch stattfinden. Der Patient hat die Kosten (gemäß GOP) dieser Sitzung dann selbst zu tragen. Sofern eine Sitzung aufgrund verspätetem Erscheinen des Patienten nicht stattfinden kann, ist die Psychotherapeutin berechtigt dem Patienten ein Ausfallhonorar wie oben beschrieben in Rechnung zu stellen.
- **Erklärung zum E-Mail-Postaustausch mit der Psychotherapiepraxis:** Es besteht die Möglichkeit, mit der Praxis Informationen und Daten per E-Mail auszutauschen. Die Datensicherheit über das Internet (z. B. E-Mail) kann nicht gewährleistet werden. Sensible persönliche Daten werden seitens der Psychotherapeutin nicht per E-Mail versendet. Auch zur Terminabsprache bittet die Psychotherapeutin um telefonische Kontaktaufnahme.
 - ☐ Der Patient wünscht mit der Praxis per E-Mail zu kommunizieren und bittet folgende E-Mail-Anschrift zu nutzen: _____
- **Schließung der Praxis:** Wenn die Praxis geschlossen ist, wird dies auf der Website sowie auf dem Anrufbeantworter* bekannt gegeben. Geplante Schließungen (z.B. aufgrund von Urlaub) werden zusätzlich in der Praxis

ausgeschrieben. Dem Patienten ist bekannt, dass die Therapeutin i.d.R. alleine in der Praxis arbeitet und daher die Termine bei unvorhergesehener Schließung (z.B. wegen Krankheit) nicht einzeln abgesagt werden können. Im Regelfall wird an der Haustür der Praxis sowie per Mail (soweit möglich, siehe oben) über die kurzfristige Schließung informiert. *Bei Schließung über mehrere Tage zeichnet der Anrufbeantworter nicht auf, da dieser nicht abgehört werden kann.

- **Kündigung:** Die Diagnostik kann vom Patienten jederzeit beendet werden. Die Psychotherapeutin behält sich vor, die Diagnostik jederzeit zu beenden, wenn eine sachgerechte Durchführung aufgrund fehlender Mitwirkung des Patienten nicht möglich ist. Dies gilt insbesondere, wenn erforderliche Unterlagen trotz Aufforderung nicht eingereicht oder nicht vollständig bearbeitet werden, vereinbarte Termine wiederholt abgesagt oder unentschuldigt versäumt werden oder über einen längeren Zeitraum keine Rückmeldung des Patienten erfolgt. In diesem Fall kann der Diagnostikplatz anderweitig vergeben werden. Ein Anspruch auf Fortführung der Diagnostik oder Freihaltung des Diagnostikplatzes besteht nicht.
- Sollten einzelne Bestimmungen des Psychotherapie-Vertrages und ggf. der Zusätze unwirksam oder undurchführbar sein oder nach Vertragsschluss unwirksam oder undurchführbar werden, bleibt davon die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen unberührt.

Ort

Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift Psychotherapeutin

Das Original des Behandlungsvertrages verbleibt in der psychotherapeutischen Praxis. Der Patient erhält eine Zweitschrift / Kopie.

Dokumentation über die Nutzung der ePA

Name: _____

Geb.-Datum: _____

Information und Aufklärung erfolgt am _____

Hinweis zur Aufklärung: Die Aufklärung erfolgt, da u.a. bei psychischen Erkrankungen das Risiko einer Diskriminierung oder Stigmatisierung erhöht ist. Für eine allgemeine Aufklärung betreffend der elektronischen Patientenakte ist Ihre Krankenversicherung zuständig. Bei weiteren, vertiefenden Fragen wenden Sie sich bitte an diese.

- ☐ Patient/in hat ePA nicht eingerichtet bzw. der Einrichtung widersprochen.
- ☐ Patient/in hat ePA eingerichtet, widerspricht ab dem Eintrag von Daten aus der psychotherapeutischen Behandlung.
- ☐ Patient/in hat ePA eingerichtet und möchte, dass folgende Daten aus der psychotherapeutischen Behandlung in die ePA eingetragen werden:

Hinweis: Es können nur Daten eingetragen werden, welche aktuell erhoben wurden, elektronisch vorliegen und von der Psychotherapeutin selbst erstellt wurden. Es werden keine zusätzlichen Unterlagen ausschließlich zur Eintragung in die ePA erstellt.

- ☐ Individuelle Patienteninformation zur psychotherapeutischen Sprechstunde (PTV11)
- ☐ Arztbriefe
- ☐ Sonstiges (Dieses Feld ist nur von der Psychotherapeutin nach Rücksprache auszufüllen!):

- ☐ Patient/in wurde über sein Widerspruchsrecht informiert.

Datum

Unterschrift Patient/in

Erklärung zum E-Mail-Postaustausch mit der Psychotherapiepraxis

Es besteht die Möglichkeit, mit der Praxis Informationen und Daten per E-Mail auszutauschen. Die Datensicherheit über das Internet (z. B. E-Mail) kann nicht gewährleistet werden. Sensible persönliche Daten werden seitens der Psychotherapeutin nicht per E-Mail versendet. Auch zur Terminabsprache bittet die Psychotherapeutin um telefonische Kontaktaufnahme.

☐ Der/die Patient/in wünscht mit der Praxis per E-Mail zu kommunizieren und bittet folgende E-Mail-Anschrift zu nutzen: _____

Psychotherapeutische Videositzungen: Information und Einwilligung

Psychotherapeutische Leistungen können in bestimmten Fällen als Videositzung erbracht werden, wenn die Leistung nicht den unmittelbaren persönlichen Kontakt erforderlich macht. Diese Entscheidung erfolgt gemeinsam unter Berücksichtigung Ihres individuellen Krankheitsgeschehens und Ihrer Lebensumstände.

Für die Videositzungen gelten folgende Regelungen:

1. Die Videositzung wird nur durch den bzw. die Psychotherapeut/in durchgeführt.
2. Für die psychotherapeutischen Videositzungen wird ein von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zertifizierter Anbieter genutzt, der eine technisch sichere Ende-zu-Ende-Verschlüsselung vorhält. Die Inhalte können durch den Videodienstanbieter weder eingesehen noch gespeichert werden.
3. Psychotherapeutische Videositzungen finden in ruhigen, geschlossenen Räumen statt, die eine angemessene Privatsphäre und Vertraulichkeit sicherstellen.
4. Zu Beginn der Videositzungen müssen beide Seiten alle im Raum anwesenden Personen vorstellen. Die Videositzung darf von keiner/m Teilnehmenden mitgeschnitten oder gespeichert werden.

Wichtiger Hinweis für Sie: Der Datenschutz in der psychotherapeutischen Videositzung hängt auch davon ab, wie gut Ihr Rechner (bzw. Tablet, PC, Smartphone, ...) abgesichert ist. Schadprogramme können nämlich Videoübertragungen aufzeichnen und weiterleiten. Zum Schutz gehören u. a. ein aktuelles Betriebssystem und ein aktuelles Virenschutzprogramm sowie eine aktivierte Firewall.

Hiermit willige ich in die Durchführung von psychotherapeutischen Videositzungen unter den oben genannten Voraussetzungen ein. Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Datum, Unterschrift Patient/in

(Name und Adresse in Druckschrift)