

ALLGEMEINE GESCHÄFTSBEDINGUNGEN

RAHMENBEDINGUNGEN FÜR DAS PSYCHOTHERAPEUTISCHE SETTING

1. Bei Einzeltherapien sowie bei Kinder- und Jugendtherapien kann ein kostenfreies Kennenlerngespräch im Ausmaß von 30 Minuten in Anspruch genommen werden. Dieses dient einem gegenseitigen Kennenlernen und einer Erleichterung Ihrer Therapeutenwahl.
2. Im darauffolgenden Erstgespräch werden Rahmenbedingungen geklärt: Überweisungskontext, Erwartungen, Zielformulierungen, Behandlungsbedarf & Umfang, Therapiedauer, Honorar- und Zahlungsmodalitäten, Absage- und Urlaubsregelung, Kontraindikationen, Risiken & Nebenwirkungen von Psychotherapie.
3. Eine psychotherapeutische Einzelsitzung dauert 50 Minuten, eine Doppereinheit 90 Minuten.
4. Nicht einzuhaltende Therapiestunden sind mindestens 48 Stunden im Voraus abzusagen, da die Sitzung ansonsten zu bezahlen ist. Absagebenachrichtigungen sind jederzeit persönlich, schriftlich oder via Mailbox unter +43 670 55 44 904 oder unter office@deinepsychotherapeutin.at möglich.
5. Im Falle krankheitsbedingter, kurzfristiger Absagen kann die Stunde kostenfrei verschoben werden, wenn eine entsprechende Arzt- oder Krankenhausbestätigung vorgelegt wird.
6. Die Rechnungslegung und –begleichung erfolgt im Anschluss an die jeweilige Einheit in bar. Sie erhalten eine Zahlungsbestätigung der Registrierkassa bzw. eine Honorarnote mit allen notwendigen Daten zur Einreichung bei Krankenkassa bzw. Finanzamt.
7. In Ausnahmefällen oder bei Online-Video & Telefonsitzungen erfolgt die Bezahlung nach Rechnungslegung per Überweisung. Die entsprechenden Kontodaten finden Sie auf der gelegten Honorarnote ausgewiesen.
8. Das Honorar ist innerhalb 1 Woche nach Datum der Rechnungslegung zu begleichen, da ansonsten kein Folgetermin vereinbart werden kann.
9. Sie haben die Möglichkeit einen Kostenzuschuss bei Ihrer Krankenkasse zu beantragen. Alle dafür notwendigen Informationen finden Sie auf meiner Homepage.
10. Alle Therapieinhalte unterliegen der absoluten Verschwiegenheitspflicht, auch gegenüber Behörden oder Angehörigen.
11. Sie können mich von dieser Schweigepflicht entbinden, wenn ich in Ihrem Auftrag mit außenstehenden Personen Kontakt aufnehmen soll. Dazu müssten Sie mir ein entsprechendes schriftliches Einverständnis zur Befreiung meiner Verschwiegenheitspflicht unterzeichnen.
12. Ich bin verpflichtet, Aufzeichnungen zu führen, die allgemeiner Natur sind (z.B. Beginn und Ende der Psychotherapie, Empfehlungen bezüglich Konsultation von Ärzten etc.). In diese allgemeinen Aufzeichnungen dürfen Sie jederzeit Einsicht nehmen.
13. In der therapeutischen Tätigkeit gelten folgende Werte als für den Therapieprozess grundlegend: Verschwiegenheit, Freiwilligkeit, Neutralität, Empathie, Wertschätzung und Gewaltfreiheit.

14. Die Mitnahme von Alkohol, Drogen oder Waffen in die Praxisräumlichkeiten ist strengstens untersagt. Therapiesitzungen, zu denen Sie in einem durch Alkohol oder Drogen beeinträchtigten Zustand kommen, werden meinerseits kostenpflichtig abgesagt.
15. Sie haben das Recht auf eine sorgfältige Abklärung des Problems, mit dem Sie in Therapie kommen. Falls eine Konsultation anderer Spezialisten des Gesundheitswesens notwendig erscheint (z.B. eines/einer Psychiater:in), bin ich verpflichtet Sie darauf hinzuweisen.
16. Es steht Ihnen jederzeit frei einen Psychotherapeut:innenwechsel vorzunehmen.
17. Da in der psychotherapeutischen Beziehung ein besonderes Vertrauensverhältnis entsteht, weise ich ausdrücklich darauf hin, dass ich mich den ethischen Richtlinien des Berufskodex für Psychotherapeut:innen verpflichtet fühle.
18. Sie stimmen hiermit zu, die psychotherapeutische Heilbehandlung freiwillig und ohne Zwang oder Nötigung durch andere in Anspruch zu nehmen. Desweiteren erklären Sie, alle meine Informationen über die Richtlinien der Behandlung in meiner Praxis verstanden zu haben.
19. Im Falle der Behandlung von unmündigen Kindern oder Jugendlichen, deren Behandlung eine Zustimmung der Erziehungsberechtigten erfordert, erkläre ich als Erziehungsberechtigte:r meine Einwilligung in die psychotherapeutische Behandlung meines Kindes.

Vereinbartes Honorar:

Setting:

Frequenz:

Ich bestätige den Erhalt und die Kenntnisnahme der Richtlinien für die psychotherapeutische Behandlung.

Vor-/Zuname:

Adresse:

Geb.:

SVNR.:

Telefon:

Email:

Datum

Unterschrift Klient:in/Sorgeberechtigte:r

PRAXIS FÜR PSYCHOTHERAPIE, SUPERVISION, COACHING & BERATUNG Mag. phil. Karin Chlubna
Praxis 1: A-1010 Wien, Singerstraße 11/1 und Praxis 2: A-2380 Perchtoldsdorf, Franz-Kamtnerweg 4/4
☎ +43 670 55 44 904 ✉ office@deinepsychotherapeutin.at