



Erklärung

Ich, Frau/Herr

.....
(vom Patienten/Sorgeberechtigten handschriftlich auszufüllen)

bin über

meine Notizen

- Diagnose und Art der geplanten Behandlung
- Notwendige Maßnahmen vor/während/nach der Therapie
- Erfolgsaussichten und Risiken der Therapie
- Sitzungsdauer und Frequenz
- voraussichtliche Gesamtdauer der Therapie
- Verpflichtungen zu Verschwiegenheit und Datenschutz
- Inanspruchnahme von Supervision/Intervision/kollegialer Beratung
- Mögliche Folgen von Nichtbehandlung und Behandlungsabbruch
- Behandlungsalternativen
- Gutachterverfahren & Grenzen der Kassenleistungen
- Status als Lehr- & Forschungspraxis

ausdrücklich und umfassend **mündlich aufgeklärt** worden und habe diesbezüglich auch das „**Merkblatt zur Information und Aufklärung**“ (nach §630e Abs. 2 Nr. 1,2. Halbsatz BGB) im Rahmen meines **Therapievertrages** erhalten, sorgfältig gelesen und aufbewahrt. Ein Doppel befindet sich in der Patientenakte. Mein Psychotherapeut hat mich vollumfänglich aufgeklärt und verständlich informiert.

Einwilligung. Alle meine Fragen wurden beantwortet. Ich erkläre mich ausdrücklich mit den diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen einverstanden (§630d BGB).

Honorarausfall. Ich bin über die mögliche Verpflichtung zur Zahlung eines Honorarausfalls im Falle des Fernbleibens zur Therapiestunde im Rahmen der gesonderten „**Honorarausfallvereinbarung**“ informiert worden und damit ausdrücklich einverstanden.

Köthen, den.....

.....

.....

Unterschrift Patient/
Sorgeberechtigter

Dipl.-Psych. Michael Sauer
Psychologischer Psychotherapeut