

Behandlungsinformationen

Berufsgeheimnis, Ethik und Qualität

Eidgenössisch anerkannte Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten und Fachpsychologinnen/Fachpsychologen für Psychotherapie FSP unterstehen der gesetzlichen Schweigepflicht. Wir verpflichten uns die Berufsordnung und die ethischen Richtlinien der Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen (FSP) einzuhalten.

Es kann nach Rücksprache mit Ihnen bzw. mit Ihrem Einverständnis zu einer Entbindung der Schweigepflicht kommen.

Mit Ihrer Unterschrift entbinden Sie Ihre Therapeutin gegenüber dem Behandlungsteam (Mitarbeiter der Praxis). Der Austausch dient zu Interventionszwecken, um die Qualitätssicherung der Therapie zu gewährleisten bzw. Ihnen ein qualitativ hochwertiges psychotherapeutischen Angebot machen zu können.

Anmeldung/Terminvereinbarung, Zuweisung und Therapiesitzungen

Ersttermine können direkt mit der jeweiligen Therapeutin vereinbart werden (per Telefon oder E-Mail). Falls keine freien Kapazitäten vorhanden sind, kann man sich auf die Warteliste setzen lassen. Auf Wunsch, kann überprüft werden, ob ein anderes Teammitglied freie Therapieplätze hat.

Eine Einzelsitzung dauert 50 - 60 Minuten (Gesprächszeit) und beinhaltet neben der Sitzungszeit eine Vor- und Nachbereitungszeit der Therapeutin von 10 - 15 Minuten. Vereinbarte bzw. gegenseitig bestätigte Termine sind verbindlich.

Bitte bringen Sie die folgenden Unterlagen ausgefüllt zum Erstgespräch mit: «Behandlungsinformationen & Anmeldeformular» und «Anordnung psychologische Psychotherapie - Formular für Ärztinnen/Ärzte zum ausfüllen» (das entsprechende Formular ist im Bereich Downloads zu finden - bitte sprechen Sie Ihre Ärztin/Ihren Arzt auf die Anordnung an).

Verhinderungsfall

Termine müssen im Verhinderungsfall spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden, ansonsten wird die Zeit - unabhängig vom Verhinderungsgrund oder Nichterscheinens - verrechnet und die Kosten müssen Sie selbst tragen. Die Kosten für nicht fristgerecht abgesagte oder versäumte Termine gehen nicht zu Lasten des Krankenversicherers.

Kosten und Versicherung

Ambulante psychotherapeutische Behandlungen, die von kantonal zugelassenen psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten angeboten werden, sind seit dem 1. Juli 2022 Pflichtleistungen der Grundversicherung und werden von der Krankenkasse übernommen (abzüglich des Selbstbehaltes und der Franchise). Es wird hierfür eine Anordnung Ihrer behandelnden Ärztin/Ihres behandelnden Arztes benötigt. Weitere Informationen diesbezüglich finden Sie im Bereich Downloads unter «Anordnungsmodell - Informationen für Patientinnen/Patienten» und «Anordnungsmodell - Informationen für Ärztinnen/Ärzte ».

Der Tarif einer Einzelsitzung beträgt CHF 154.80 (gemäss den aktuellen provisorischen Tarifverhandlungen zwischen FSP und den Krankenkassen). Weitere Leistungen (z.B. Korrespondenz mit Ärztinnen/Ärzte, anderen Fachpersonen, Angehörigen etc., Therapieplanung, Aktenstudium, Auswerten von Testungen und Verfassen von Berichten) werden pro angefangene Minute mit einem Taxpunktwert von CHF 2.58 pro Minute verrechnet.

Zusatzversicherungen beteiligen sich ebenfalls an den Kosten einer psychologischen Psychotherapie. Bitte informieren Sie sich im Vorfeld bei Ihrer Zusatzversicherung über die Anforderungen.

Auf Wunsch ist Selbstzahlung selbstverständlich auch möglich. Die Kosten orientieren sich an den Tarifempfehlungen der Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen FSP.

Coaching und psychologische Beratung gelten nicht als Pflichtleistungen und werden aufgrund dessen nicht von der Versicherung übernommen. Die psychologische Leistung bezieht sich in diesen Fällen nicht auf die Behandlung einer diagnostizierten psychischen Störung. Die Kosten müssen privat getragen werden.

Im Falle einer Eintreibung der Zahlung, willigen Sie mit Ihrer Unterschrift ein, dass die Therapeutinnen vor den zuständigen Behörden und dem Gericht vom Berufsgeheimnis entbunden sind.

Seit dem 1. Januar 2022 ist auf Gesetzesstufe (Art 42. Abs. 3 KVG) festgeschrieben, dass Patientinnen und Patienten zwingend immer eine Rechnungskopie vom Leistungserbringer erhalten müssen. Die Übermittlung kann gemäss Art. 42 Abs. 3 KVG (gültig per 1. Januar 2022) auch elektronisch erfolgen. Hiermit erklären Sie sich damit einverstanden, dass die Übermittlung der Rechnungskopie via unserem Intermediär Health APP per Email (unverschlüsselt) an Ihre bei uns hinterlegte Email Adresse erfolgt.

Datenschutz

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten einverstanden bin. Ich bin mir möglicher Risiken des Datenaustausches von besonders schützenswerten Personendaten (mögliche Einsicht von unberechtigten Dritten bei unsicheren Kommunikationswegen) sowie meiner Rechte bewusst und gebe mein Einverständnis für den gegenseitigen Kontakt zwischen der Psychotherapeutin und mir als Patient/in durch die von Ihnen angegebenen Kontaktinformationen (Mail und / oder Nachrichten-App). Patienteninformationen werden seitens der Psychotherapeutin ausschliesslich über gesicherte Mail-Kommunikationswege weitergegeben. Ich bin einverstanden, dass administrative Anliegen wie zum Beispiel Terminverschiebungen mit unverschlüsselter E-Mail-Kommunikation, einer Nachrichten-App erfolgen oder Ferntherapien mittels Zoom (@hin-Adresse zu Empfängeradresse wie @bluewin.ch, @gmail.com etc. oder SMS, WhatsApp, Kontaktdatenspeicherung auf dem Geschäftshandy).

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Kenntnisnahme der Behandlungsvereinbarungen und der Datenschutz-Erklärung (die Datenschutzerklärung finden Sie auf unserer Homepage im Bereich Downloads) und erklären sich damit einverstanden.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Anmeldeformular

Name _____ E-Mail _____

Vorname _____ Geburtsdatum _____

Adresse _____ Zivilstand/Kinder _____

PLZ/Ort _____ Telefon _____

Beruf und Arbeitssituation (vollzeit/teilzeit/arbeitslos/krank etc.) _____

Die Rechnungszustellung erfolgt elektronisch an oben genannte E-Mail-Adresse.

Grund der Anmeldung:

Kostenträger:

Selbstzahler

Krankenkasse (Name und Nummer; s. Rückseite KK-Karte Punkt 8) _____

Zusatzversicherung der Krankenkasse (Name und Nummer; s. Rückseite Punkt 8) _____

Andere (z.B. IV) _____

Ich war schon in psychotherapeutischer/psychiatrischer Behandlung: ja nein

Wenn ja, wann und Name des Behandlers

Zuweisender Arzt (Name und Adresse) _____

Hausarzt (Name und Adresse) _____

Kontaktperson im Notfall inkl. Telefonnummer _____

Mit Ihrer Unterschrift am Ende des Formulars entbinden Sie Ihre Therapeutin von der Schweigepflicht gegenüber der erwähnten Kontaktperson im Notfall.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit oben gemachter Angaben.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____