

Liebe Patientin, lieber Patient,

Vielen Dank für Ihre Anfrage nach einer testpsychologischen Diagnostik bzgl. des Vorliegens einer adulten ADHS in unserer Praxis. Wir freuen uns, Sie in diesem Schritt begleiten zu können.

Zur diagnostischen Einschätzung sind voraussichtlich zwei bis drei Termine (je 50 Minuten) notwendig.

Inhalte der Termine:

- Erhebung der biografischen Anamnese: In diesem Schritt werden allgemeine Informationen zur Lebensgeschichte gesammelt, insbesondere zur Schulzeit sowie zur körperlichen, psychischen und biografischen Entwicklung. Dies hilft dabei, ein umfassendes und differenziertes Verständnis zu erlangen.
Bitte bringen Sie, falls vorhanden, alte Schulzeugnisse (v.a. Grundschulzeit) zum Gespräch mit.
- Testdiagnostik: Die Testdiagnostik besteht aus ADHS-spezifischen Tests (HASE: WURS-K, WR-SB, ADHS-SB) und allgemeinen Screening-Fragebögen (SCL-90 R, VDS 30, VDS 90, VDS 0, BDI-2) sowie einem strukturierten Interview (DIVA-5).
- Abschlussgespräch: Ziel hier ist, dass Sie die Gesamtheit Ihrer eigenen Ergebnisse (und ggfls. Ihre Diagnose) verstehen und wissen, welche Schritte Sie als nächstes unternehmen können. Abschließend erhalten Sie einen schriftlichen Befundbericht

Bitte senden Sie uns folgende Dokumente **ausgefüllt und unterschrieben** bereits vor dem Erstgespräch per Post oder Mail (info@therapie-weilhart.de).

- die **Einverständniserklärung** zu den Gebühren.
- den Diagnostik - **Vertrag**

Wir freuen uns auf die Zusammenarbeit mit Ihnen!

Ihre Praxis für Psychotherapie Mag. Katharina Weilhart & KollegInnen

Vertrag zur Diagnostik von ADHS

Vertrag zwischen Frau/Herrn

_____(Patient*in)

und Frau Mag. Katharina Weilhart / M.Sc. Kristina Dworsky / Dipl. Psych. Silke Brehm
(Psychologische Psychotherapeutinnen, Testleiterinnen)

Die Unterzeichnenden verpflichten sich, folgende Verhaltensweisen einzuhalten:

1. Bei Absagen von Diagnostikgesprächen von Seiten des Patienten, unabhängig vom Grund der Verhinderung (§615 BGB), weniger als 48 Stunden vor dem Termin fallen Ausfallkosten in Höhe von 100 € an.
2. Der geplante Umfang der Diagnostik umfasst in der Regel zwei bis drei Sitzungen à 50 Minuten. Sollte mehr Diagnostik erforderlich sein, wird dies rechtzeitig besprochen. In der Regel fallen keine zusätzlichen Kosten für die Patient*in an, sollte noch mehr Zeit benötigt werden.
3. Alle, in den Diagnostikgesprächen besprochenen, Themen unterliegen der Schweigepflicht. Die Testleiterin ist verpflichtet, den Verlauf der Diagnostikgespräche zu dokumentieren.
4. Testleiterin und Patient*in beginnen pünktlich mit der Diagnostikszung.
1. Zusätzliche Kosten, die im Rahmen des Diagnoseprozesses anfallen und nicht von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen werden, wurden mit dem/der Patient*in besprochen (siehe beigefügte Zusatzvereinbarung).
5. Alle vom/von der Patient*in ausgefüllten Tests werden nach ihrer Auswertung ausführlich und verständlich besprochen.

Beide Seiten bestätigen, dass eine umfassende Information über die geplante Diagnostik erfolgte und die Zustimmung zur Diagnostik auf der Basis dieser Informationen gegeben wird.

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift Patient*in

Unterschrift Testleiter*in

Vereinbarung zur privatpsychotherapeutischen Behandlung (IGEL)

Zwischen

Patient*in

und der Testleiterin (Mag. K. Weilhart, Dipl. Psych. Silke Brehm, M.Sc. Kristina

Dworsky) der Praxis Mag. K. Weilhart.

Folgende Leistungen, für die eine Leistungspflicht meiner Krankenkasse/Krankenversicherung nicht besteht, möchte ich als Privatbehandlung nach der Gebührenordnung für Psychotherapeuten in Anspruch nehmen:

GOP-Nr.	Leistungsbeschreibung	Wert	Anzahl	Steigerungs-satz	Betrag in Euro
A85#	Erstellung eines ausführlichen testpsychologischen Berichts, analog GOÄ-Ziffer 85, mit einem das gewöhnliche Maß übersteigenden Aufwand, je angefangene Stunde Arbeitszeit	29,14 €	2	3,5	203,98
Gesamt Summe					203,98,-

Die Gebührenhöhe ist ein Festbetrag und erhöht sich für die Patient*in auch dann nicht, sollten über den geplanten Umfang der Diagnostik (siehe S.2, Punkt 2) hinaus weitere Sitzungen für die Diagnostik nötig werden.

Hiermit versichere ich, die Kosten fristgerecht zu bezahlen (21 Tage nach Rechnungsstellung).

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

Telefonnummer _____

Geburtsdatum: _____

Ich wünsche, die in Anspruch genommenen Leistungen auf privater Basis in Rechnung gestellt zu bekommen. Dem Zahlungspflichtigen (oder dessen gesetzlichem Vertreter) wurde eine Ausfertigung dieser Vereinbarung ausgehändigt.

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift Patient*in

Unterschrift Testleiter*in