

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).

- den Diagnostik - **Vertrag**
- die **Einverständniserklärung** zur Erklärung über Privatabrechnung
- die **Einverständniserklärung** zur Erklärung über IGeL- Leistungen

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 drei Sitzung à 50 Minuten. Sollte mehr Diagnostik erforderlich sein, wird dies rechtzeitig besprochen.
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 Diagnostiksitzung.
5. Kosten, die im Rahmen des Diagnoseprozesses anfallen wurden mit dem/der Patient*in besprochen (siehe beigefügte Zusatzvereinbarung).
6. 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

Erklärung über Privatabrechnung

Kostenvoranschlag

Zwischen

Patient*in

und Testleiterin der Praxis Mag. K. Weilhart, (Mag. Katharina Weilhart, Dipl. Psych. Silke Brehm, M.Sc. Kristina Dworsky) Psychologische Psychotherapeutinnen, Notburgastr.3, 80639 München

Gemäß Gebührenordnung für Psychotherapeut*innen (GOP) werden für folgende Leistungen die aufgeführten Gebühren vereinbart:

GOP-Nr.	Leistungsbeschreibung	Wert	Anzahl	Steigerungssatz	Betrag in Euro
812a	Psychotherapeutische Sprechstunde – über die Durchführung der Psychotherapie mit dem Ziel der Abklärung des Vorliegens einer krankheitswertigen Störung; je vollendete 25 Minuten	29,14 €	6	2,3	402,18
807a	Vertiefte Exploration in Fortführung einer biografischen psychotherapeutischen Anamnese bei Erwachsenen unter Einschaltung der Bezugs- und Kontaktpersonen mit schriftlicher Aufzeichnung	23,41 €	1	2,3	53,62
860a	Erhebung einer biografischen Anamnese mit schriftlicher Aufzeichnung zur Einleitung und Indikationsstellung eines wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahrens, auch in mehreren Sitzungen	53,62 €	1	2,3	123,34
855a	Anwendung eines validierten, standardisierten, strukturierten klinisch-diagnostischen Interviews mit schriftlicher Aufzeichnung	42,08 €	1	1,8	75,75
855a	Durchführung, Auswertung und Besprechung einer psychologischen – auch neurologischen- Testbatterie zum umfassenden Assessment	42,08 €	2	1,8	151,50
Gesamt:					806,39€

Ich wünsche, die in Anspruch genommenen Leistungen auf privater Basis in Rechnung gestellt zu bekommen (Gebührenordnung für Psychotherapeuten GOP).

Hiermit versichere ich, die Kosten fristgerecht zu bezahlen (21 Tage nach Rechnungsstellung), unabhängig davon, wann und in welchem Rahmen meine private Krankenversicherung das Honorar rückerstattet.

Name der Krankenversicherung: _____

Versicherungsnr. _____

☐ Ich bin versichertes Mitglied

☐ Ich bin familienversichert

Angaben zum Mitglied:

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

Telefonnummer _____

Geburtsdatum: _____

Ggf. Angaben zum familienversicherten Mitglied:

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

Telefonnummer _____

Geburtsdatum: _____

Ich bin mir darüber im Klaren, dass die Rechnung an mich gestellt wird, ich alleiniger Vertragspartner von Praxis Mag. K. Weilhart und Kolleginnen bin und eigenverantwortlich die Kostenerstattungsfrage mit meiner Krankenversicherung kläre.

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift Patient*in

Unterschrift Testleiter*in

Erklärung über individuelle Gesundheitsleistungen (IGel)

Folgende Leistungen, für die eine Leistungspflicht meiner Krankenversicherung nicht besteht, möchte ich als Privatbehandlung für Selbstzahler nach der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP) in Anspruch nehmen. Mir ist im Klaren, dass ich die Kosten selbst tragen muss.

GOP-Nr.	Leistungsbeschreibung	Wert	Anzahl	Steigerungssatz	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	203,89 €

Ort, Datum

Unterschrift Patient*in