



BEHANDLUNGSVERTRAG

Pocket Therapy | Isabel Sattler

Nach ausführlicher Information und Aufklärung über die Bedingungen einer

- ☐ Ambulanten Psychotherapie
- ☐ Paartherapie
- ☐ Psychologischen Beratung

wird zwischen Isabel Sattler, nachfolgend Psychotherapeutin genannt, und

Vorname/ Name:

Geburtsdatum:

Strasse/ Hausnummer:

PLZ/ Ort:

Telefonnummer:

E-Mail:

Zusatzversicherung; Paket und Versicherungsnummer (nur falls nicht Selbstzahler:in):

Hausarzt/ Hausärztin; Name und Adresse:

Psychiater:in; Name und Adresse (falls vorhanden):

nachfolgend Klient:in / Klient:innen genannt, die Durchführung einer Behandlung vereinbart.

Die Behandlungskosten sollen gemäss folgender Erklärung abgerechnet werden (zutreffendes ankreuzen):

- ☐ Ich wünsche mir einen (Teil)-Kostenübernahme durch meine Zusatzversicherung. Dafür setze ich mich selbstständig mit meiner Versicherung in Kontakt und bin verantwortlich für die Abklärung und Abwicklung einer möglichen Kostenübernahme.
- ☐ Ich zahle die Leistungen selbst.
- ☐ **Obligatorisch:** Ich nehme hiermit zur Kenntnis, dass eine Kostenübernahme durch die Grundversicherung nicht möglich ist.

Zusätzlich vereinbaren Klient:in / die Klient:innen und Psychotherapeutin folgendes:

Vorabzahlung

Der/ Die Klient:in / Klient:innen verpflichtet/ verpflichten sich, die vereinbarte Sitzung bis spätestens 24h vor dem Termin zu bezahlen.

Ausfallhonorar

Der/ Die Klient:in / Klient:innen verpflichtet/ verpflichten sich, bei Absagen oder Verschiebungen (unabhängig von den Gründen) später als 24h vor dem vereinbarten Termin, den vollen Betrag zu bezahlen.

Vergütung von Berichten

Berichte stellen eine Extra-Leistung dar und werden gesondert vergütet.

Setting

Der/ Die Klient:in / Klient:innen wurden über das Behandlungssetting – Varianten online oder hybrid – aufgeklärt und stimmen diesem zu.

Probatorik

Die ersten drei Sitzungen dienen dem Kennenlernen sowohl von Klient:in und Therapeutin als auch der Symptomatik und Thematik des/ der Klient:in. Erst im Anschluss an die Probatorik entscheiden beide Parteien ob und in welchem Umfang (ggfs. auch zu welchen „Therapiebedingungen“) eine längerfristige Behandlung

aufgenommen wird oder ob die Therapeutin nicht die passende Anlaufstelle ist. In letztem Fall bietet die Therapeutin Unterstützung bei der Suche nach einem adäquaten Therapieplatz, der den Bedürfnissen des/ der Klient:in gerecht wird.

Videositzungen

Der/ Die Klient:in / Klient:innen stimmen der digitalen Behandlung via der Plattform Zoom zu. Gleichzeitig verpflichtet / verpflichten sich der/ die Klient:in / Klient:innen, psychotherapeutische / psychologische Videoleistungen nicht zu speichern und keine Mitschnitte zu erstellen.

Kommunikation zwischen den Sitzungen

Es besteht die Möglichkeit, mit der Psychotherapeutin digital zu kommunizieren. Diese Kommunikationswege werden im Wesentlichen für Terminabsprachen und andere organisatorische Abstimmungen genutzt. Sensible persönliche Daten werden nicht digital versendet. Die Kontaktaufnahme per E-Mail kann über pocket-therapy@gmx.ch oder isabel.sattler@psychologie.ch (HIN geschützt) erfolgen.

Ich bin mit der Nutzung folgender Kommunikationswege einverstanden:

- ☐ E-Mail
- ☐ Textnachrichten via Signal oder WhatsApp
- ☐ Telefonanruf
- ☐ Nachricht auf der Mailbox

Diese Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

- ☐ Über die prinzipielle Unsicherheit der verschiedenen elektronischen Kommunikationswege bin ich mir bewusst und nehme das Risiko in Kauf.

Ort, Datum

Unterschrift Klient:in / Klient:innen
