

## Therapievertrag ambulante Behandlung

Zwischen der **Klinik Selhofen** und

Vorname/Name ..... geboren am .....

### Bestimmungen

- Der vorliegende Therapievertrag gilt für alle ambulanten Angebote der Klinik Selhofen.
- Sie verpflichten sich zur Einhaltung des Konzepts. Die wesentlichen Punkte sind Ihnen erklärt worden.
- Sie wahren den geschützten Rahmen, indem Sie keine unerlaubten Substanzen mitbringen, verteilen oder vermitteln.
- Es ist uns ein Anliegen, dass Sie im Ambulatorium Selhofen korrekt behandelt werden. Für allfällige Beschwerden verweisen wir Sie auf das offizielle Beschwerdeverfahren, das auf dem Informationsblatt beschrieben ist. Sie bestätigen den Erhalt des Informationsblatts.
- Zu Inter-/Supervisions- und Behandlungszwecken können Beratungsgespräche in Bild und Ton festgehalten werden. Die Aufnahmen werden vertraulich behandelt. Die Datenträger werden nach Gebrauch gelöscht und nicht archiviert. Sie erklären sich bereit, dass Ihre Gespräche aufgezeichnet werden.
- Bei Teilnahme an einer ambulanten Gruppe verpflichten Sie sich zur Verschwiegenheit. Persönliche Daten und Informationen von Mitpatient:innen dürfen weder intern noch extern weitergegeben werden.
- Wir weisen Sie ausdrücklich darauf hin, dass die Klinik Selhofen für persönliche Gegenstände keine Haftung übernimmt.
- Sie verpflichten sich, uns mindestens 24 Stunden vorher zu informieren, wenn Sie einen Termin nicht einhalten können. Bei wiederholtem unentschuldigtem Fernbleiben der Therapiesitzungen werden vorübergehend keine weiteren Termine mehr geplant oder die Therapie wird abgebrochen.

Sie entbinden die Klinik Selhofen und folgende Personen/Institutionen gegenseitig vom Berufsgeheimnis und ermächtigen diese, die für Ihre Behandlung benötigten Informationen/Berichte auszutauschen:

Hausarzt:in .....

Sozialdienst .....

Weitere Personen .....

(Gesetzliche Vertretung obligatorisch bei minderjährigen Patient:innen)

Sie erklären sich einverstanden für den Erhalt einer schriftlichen Nachbefragung 6 Monate nach Therapieabschluss.

Gewünschte Zustellung Fragebogen (Gutschein als Dankschön): ☐ E-Mail ☐ SMS ☐ Post

☐ Ich möchte keine Nachbefragung erhalten.

Mit der gegenseitigen Unterzeichnung wird dieser Vertrag rechtsgültig. Er kann jederzeit beidseitig schriftlich gekündigt werden.

Ort, Datum .....

Patient:in .....

Klinik Selhofen .....

Geht an: 1 Exemplar an Patient:in, 1 Exemplar an ADM (Archivista) > zurück an PT