



· BEGLEITUNG ZUR SEELISCHEN SELBSTHEILUNG ·
Tiroler Str.74 13189 Berlin · www.lebendigeseele.de · hallo@lebendigeseele.de · Tel.:030 75 45 99 28

Für eine fruchttragende Zusammenarbeit

Der formale Ablauf und die Bedingungen einer beabsichtigten Kurzzeittherapie wurden besprochen. In der Regel beläuft sich diese auf ca. 20-25 Einzelsitzungen á 50min. In Einzelfällen kann dies auch kürzer oder länger dauern. Ich habe Kenntnis zu den Risiken, wie z. B. eine zeitweilige Verschlechterung meines Befindens oder dass es keine Erfolgsgarantie geben kann, erhalten.

Es ist jederzeit möglich, Informationen über den Behandlungsverlauf zu erfragen und diese auch zu erhalten. Die Gesundheitsfragen habe ich wahrheitsgemäß beantwortet. Ich bin frei von Wahn, Psychose oder Schizophrenie und nehme auch keine diesbezüglichen Medikamente. Über die Kosten der Therapie wurde ich aufgeklärt. Ich bin bereit, diese Kosten unabhängig vom Erstattungsverhalten meiner Krankenversicherung zu tragen. Ich hatte Gelegenheit alle mich beschäftigenden Fragen zu stellen. Sie wurden allumfänglich beantwortet.

Ich hatte ausreichend Bedenkzeit und erkläre hiermit ausdrücklich meinen Wunsch, die empfohlene Begleitung mit all meinen Kräften für meine eigene Entwicklung zu unterstützen.

Die **Beendigung der Begleitung zur seelischen Selbstheilung erfolgt in gegenseitiger Absprache**, ein guter Abschied sollte möglich sein. Deshalb erkläre ich mich bereit, meinen Wunsch oder Entschluss zum Therapieabschluss anzukündigen und mindestens eine Therapiesitzung dafür zu reservieren.

Ausfallregelung: Da zu den vereinbarten Terminen umfangreiche Zeit für mich reserviert ist, erkläre ich mich einverstanden, dass **verbindlich vereinbarte Termine, die ERST oder sogar weniger als 48 Stunden bzw. 2 Tage (Wochenende ausgenommen) vorher von mir in der Zeit von 9:00-18:00Uhr abgesagt** werden, unabhängig von einer tatsächlich stattfindenden Sitzung **in Rechnung gestellt** werden. Die Ausfallursache ist dabei unerheblich.

Vereinbarung / Einverständnis zwischen Klient_In und Therapeutin:

§ 1 Ich verpflichte mich Selbsttötungsabsichten mitzuteilen. Ich wurde informiert, dass in diesem Fall eine stationäre Behandlung notwendig wird.

§ 2 Die Therapeutin verpflichtet sich, alle Gespräche und Angaben des Klienten/ der Klientin absolut vertraulich zu behandeln. Allein, um die Qualität der therapeutischen Begleitung zu sichern, werden ggf. im Rahmen von Super- und/oder Intervision bestimmte Inhalte selbstverständlich unter größtmöglicher Anonymisierung besprochen.

Ich bin informiert worden, dass Arzt und ggf. die Krankenkasse (PKV) i. S. der Schweigepflichtbindung über die Therapie informiert werden dürfen, wenn dies notwendig wird.

Ort/ Datum, Unterschrift Klient_In

Ort/ Datum, Unterschrift Therapeutin

