MITGLIED IM
Berufsverband Österreichischer PsychologInnen

PSYCHOLOGISCHE DIAGNOSTIK
BERATUNG & BEHANDLUNG
Mag. Claudia Berner
+ 43(0)664/4002977
Kinderpsychologie@a1.net
Kinderpsychologie-salzburg.at

Informations- und Aufklärungsblatt

Klinisch psychologische Diagnostik und Behandlung ist die Untersuchung, Auslegung, Änderung und Vorhersage des Erlebens und Verhaltens von Menschen unter Anwendung wissenschaftlich psychologischer Erkenntnisse und Methoden.

Klinisch psychologische Diagnostik kann sich auf Leistungsstärken und -schwächen (z.B. Hochbegabung, Legasthenie, …) oder auf Fragestellungen, die im sozialversicherungsrechtlichen Sinne krankheitswertig sind (z.B. Aufmerksamkeitsschwäche, Ängste, …) beziehen. Nur bei Letzterem erhalten Sie bei Vorlage einer Überweisung z.B. des Kinderarztes ca. 50% von Ihrer Gesundheitskassa refundiert. Eine Diagnostik wird mit € 120,- / Stunde verrechnet.

Klinisch psychologische Behandlung gilt als Kassenleistung mit Anspruch auf Kostenzuschuss. Voraussetzung ist das Vorliegen einer psychischen Befindungsstörung, die eine Krankheit im sozialversicherungsrechtlichen Sinne ist (z.B. Anpassungs- / emotionale Störungen). Eine Behandlungseinheit (50 min) im Einzelsetting wird mit € 90,- verrechnet.

Die psychologische Beratung (z.B. Elternberatung) ist eine Gesundheitsdienstleistung. Eine Einheit (50 min) im Einzelsetting wird mit € 90,- verrechnet.

Vereinbarte Behandlungseinheiten sind bei Versäumen des Termins durch Sie zur Gänze zu bezahlen, es sei denn, der Termin wurde Ihrerseits nachweislich zumindest 24 Stunden vor Beginn der Behandlungseinheit abgesagt.

Ihre klinische Psychologin hat Sie gemäß den Bestimmungen des Psychologengesetzes über die Vorgangsweise bei der klinisch psychologischen Diagnostik, dem voraussichtlichen Behandlungsablauf (Art, Umfang, geplanter Verlauf der Beratung/Behandlung, Setting, Vertretungsregelung), die voraussichtliche Gesamtdauer der Behandlung, die Art der angewendeten Methoden, die Kosten der Diagnostik und/oder Behandlung, allfällige Datenweitergabe, Verarbeitung von Daten, Gründe einer eventuell notwendigen Abänderung der geplanten Vorgangsweise sowie über mögliche Risiken aufgrund der Durchführung oder des Unterbleibens der Behandlung sowie auf die Notwendigkeit der Konsultation eines Arztes bei Vorliegen eines Verdachts auf bestehende somatische Beschwerden hingewiesen.

Sie erklären sich mit Ihrer Unterschrift einverstanden, dass die für die Dokumentation des Behandlungsverlaufs und der Abrechnung erforderlichen Daten EDV-mäßig mit entsprechenden Sicherheitsbestimmungen bearbeitet werden. Ich versichere Ihnen, dass Ihre Daten streng vertraulich behandelt werden. Daten, die zur Abrechnung mit Sozialversicherungsträgern weitergegeben werden müssen und Daten, die zu Ihrer allfälligen Weiterbehandlung durch Angehörige anderer gesetzlich geregelter Gesundheitsberufe erforderlich sind, sind in der Regel nicht als Geheimnis anzusehen. Es empfiehlt sich deshalb bei der Preisgabe von Inhalten, die Ihrer Ansicht nach nicht weitergegeben werden dürfen, zuvor explizit auf diesen Umstand hinzuweisen.

Ich habe obige Informationen gelesen und bin mit dessen Inhalt vollkommen einverstanden:

_____
Geburtsdatum Erz.ber.

_____
Datum und Unterschrift KlientIn/Erz.ber. Adresse