



# Informationen zu Diagnostik und Therapie

Stand: 17. Februar 2010

Ein wichtiger Bestandteil des Behandlungskonzeptes der Poliklinischen Psychotherapieambulanz ist die **umfassende diagnostische Untersuchung** jeder Patientin bzw. jedes Patienten. Nur so ist es möglich, Ihre Therapie individuell zu planen und auf die speziellen Besonderheiten Ihrer Erkrankung einzugehen. Hierfür werden Informationen aus unterschiedlichen psychologischen, physiologischen und medizinischen Bereichen erhoben.

Über die Behandlung psychischer Erkrankungen hinaus gehört es zu den Aufgaben und Zielen der Psychotherapieambulanz, die Ursachen und Entstehungsbedingungen solcher Erkrankungen und ihre Behandlung zu erforschen. Nur wenn wir mehr über die genauen Bedingungen und Wirkgrößen wissen, ist es möglich, diese noch gezielter zu erfassen und individuell in der Therapie des einzelnen Patienten zu nutzen und zu berücksichtigen.

Um diese Ziele zu verwirklichen, sind wir auf Ihre Mitarbeit angewiesen. Das heißt, wir bitten Sie deshalb um Ihre Zustimmung, einen Teil der von uns erhobenen Daten auch zu Forschungszwecken zu verwenden. So enthält die diagnostische Untersuchung in der Psychotherapieambulanz Verfahren, die nicht nur Ihrer individuellen Diagnostik und Therapieplanung dienen, sondern die uns zusätzlich Aufschlüsse über wichtige Forschungsfragen geben. Für Sie hat dies den Vorteil, dass wir einen Teil der Diagnostikkosten durch Forschungsmittel abdecken können. Für einige Untersuchungen nutzen wir auch Einrichtungen des Universitätsklinikums.

Für die Verlaufskontrolle und Dokumentation Ihrer Therapie ist es sehr wichtig, dass die **Behandlungsstunden (mit Beginn des Erstgesprächs) mit Hilfe von Video- und/oder Audiogeräten aufgezeichnet** werden. Diese Aufnahmen bilden die Grundlage für eine professionelle Supervision der Therapie durch den jeweiligen Supervisor der Ambulanz. Hierdurch wollen wir die hohe psychotherapeutische Qualität der Behandlung sicherstellen.

Die Poliklinische Psychotherapieambulanz kooperiert sehr eng mit dem Ausbildungstudiengang Psychologische Psychotherapie (APPVT), der Diplom-Psychologen zu Verhaltenstherapeuten ausbildet. Im Rahmen dieser Zusammenarbeit wollen wir jungen Kolleg(inn)en unsere umfangreichen Erfahrungen in der Behandlung von Angst-, Essstörungen und Depressionen weitergeben, damit diese auch anderen Patient(inn)en zu Gute kommen können. Wir werden daher ggf. mit der Bitte an Sie herantreten, einer Ihnen vorgestellten Kollegin bzw. einem Kollegen die Teilnahme an den Diagnostik- bzw. Therapiesitzungen zu ermöglichen. Selbstverständlich können Sie dies auch ablehnen.

Auch die Überprüfung der langfristigen Wirksamkeit der Therapien ist für uns von großem Interesse. Hierzu werden **acht Wochen und ein Jahr nach Ende Ihrer Therapie** sogenannte **Katamnesen** durchgeführt, bei der wir Sie mit Hilfe von Fragebögen, Interviews und physiologischen Messungen gründlich untersuchen werden. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen helfen uns zudem, Ihr persönliches Rückfallrisiko zu verringern, indem wir auf Ihre persönliche Situation zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung eingehen und Ihnen ggf. gezielte Hinweise zur Bewältigung aktueller Problemsituationen geben können.



Alle erhobenen Informationen unterliegen der gesetzlich vorgeschriebenen Schweigepflicht und werden für Forschungsfragen nur in anonymisierter Form verwendet, Rückschlüsse auf einzelne Personen sind nicht möglich.

Dennoch bedarf die Erhebung und Auswertung dieser Daten natürlich Ihrer ausdrücklichen Zustimmung. Wir möchten Sie daher bitten, die untenstehende **Einverständniserklärung auszufüllen, zu unterschreiben und zusammen mit Ihrem Eingangsfragebogen zurückzuschicken bzw. in der Ambulanz abzugeben.**

## Einverständniserklärung

Ich habe die oben stehenden Informationen sorgfältig gelesen und erkläre mich damit einverstanden, an den diagnostischen Untersuchungen teil zu nehmen. Außerdem erlaube ich, dass die im Rahmen meiner Behandlung in der Poliklinischen Psychotherapieambulanz an der Universität Greifswald erhobenen Daten und Untersuchungsergebnisse in anonymisierter Form zu Forschungszwecken verwendet werden dürfen.

Weiterhin gebe ich mein Einverständnis, dass die Therapiesitzungen in der Ambulanz zu Dokumentationszwecken im Rahmen der gesetzlichen Schweigepflicht auf Video- und/oder Audiobänder aufgezeichnet und supervidiert werden dürfen.

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Name (bitte in Druckbuchstaben)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## Vereinbarung über die Zahlung eines Ausfallhonorars

Die Poliklinische Psychotherapieambulanz ist eine Behandlungseinrichtung, die nach dem Bestellsystem arbeitet, d.h. für Sie ist zu dem vereinbarten Termin sowohl der Therapeut/die Therapeutin als auch der Raum reserviert. Erscheinen Sie zu einer vereinbarten Therapiestunde nicht, werden die Kosten für diese Stunde von der Krankenkasse nicht übernommen und es entsteht ein Ausfall. Deshalb möchten wir Sie bitten, die folgende Vereinbarung sorgfältig durchzulesen und zu unterschreiben:

Ich wurde darüber informiert, dass ich der Ambulanz für vereinbarte, aber nicht in Anspruch genommene Behandlungsstunden ein **Ausfallhonorar** schulde, wenn ich diese nicht oder erst innerhalb von 48 Stunden vor einem vereinbarten Termin absage, sofern es nicht möglich ist, den Termin mit der Behandlung eines anderen Patienten zu belegen. Das Ausfallhonorar ist nicht geschuldet, wenn die Terminabsage schuldlos (z.B. im Krankheitsfall bei Vorlage eines ärztlichen Attests) erfolgt. Das Ausfallhonorar fällt in der Höhe des Kassensatzes an. Derzeit beträgt dieser 55,28 € für eine probatorische und 72,92 € für eine psychotherapeutische Behandlungsstunde.

Durch meine Unterschrift erkenne ich die o.g. Bedingungen an.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift