

## **Informations- und Aufklärungsblatt**

**Was ist „Integrative Therapie“?** Sie ist eine modernes, schulenübergreifendes in Österreich anerkanntes Psychotherapieverfahren nach dem Psychotherapiegesetz BGBl. Nr. 361/1990. Integrative Therapie verfolgt einen ganzheitlichen Ansatz und verbindet verbale sowie nonverbale Methoden, inklusive kreativer Techniken und Medien. Der Mensch wird als einzigartiges, ganzheitliches und beziehungsorientiertes Wesen verstanden, das sich ein Leben lang in Wechselwirkung mit Körper, Psyche und sozialem Umfeld entwickelt.

Ziel ist es, Heilungs- und Entwicklungsprozesse bei psychischen, psychosomatischen und psychosozialen Erkrankungen in Gang zu setzen, seelisches Leiden zu lindern und Symptome zu reduzieren. Sie sind Expert:in für Ihr Leben, ich für den therapeutischen Prozess - gemeinsam verbinden wir beides, um Entwicklung zu ermöglichen.

**Kosten:** Psychotherapie Einzelsetting (50 min): € 80,- | Paar- oder Familientherapie (90 min): € 160,-  
Aktuell ist keine Teilrefundierung durch die Krankenkasse möglich.

Sitzungen werden per Honorarnote abgerechnet. Die Honorarnote ist innerhalb von 14 Tagen unter Angabe der Rechnungsnummer zu überweisen.

**Frequenz und Dauer:** In der Regel finden unsere Einheiten alle ein bis zwei Wochen statt, wobei diese je nach Bedarf auch in längeren oder kürzeren Intervallen vereinbart werden können. Die Frequenz und Dauer hängen oft vom Störungsbild bzw. von Ihrer Lebenssituation ab. Die Gesamtdauer einer Therapie hängt von der Problemstellung bzw. unserem gemeinsam vereinbarten Ziel ab. Geben Sie sich Zeit, um tatsächliche therapeutische Erfolge sehen zu können.

**Absageregulung:** Vereinbarte Behandlungseinheiten sind auch bei Versäumen des Termins durch Sie zur Gänze zu bezahlen, es sei denn, der Termin wurde Ihrerseits nachweislich zumindest 48 Stunden vor Beginn der Behandlungseinheit abgesagt.

**Verschwiegenheit:** Alle Informationen, die Sie im Rahmen der Therapie offenlegen, werden streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben, sofern keine gesetzliche Ausnahme (z. B. akute Selbst- oder Fremdgefährdung) besteht.

Ich bin Psychotherapeut:in in Ausbildung unter Supervision. Zur Qualitätssicherung wird Ihr Therapieprozess anonymisiert mit einer erfahrenen Lehrtherapeut:in besprochen. Auch die Supervisor:in unterliegt der gesetzlichen Verschwiegenheitspflicht.

**Neben-Wirkungen oder auch unerwünschte Wirkungen von Psychotherapie:** Es kann während einer Psychotherapie zu Phasen von Selbstüberschätzung und/oder Zweifel, aber auch zu Symptomverschlechterung kommen.

Es kann zu Veränderungen im beruflichen Kontext oder in gelebten (Arbeits-)Beziehungen kommen. Psychotherapie stellt auch eine finanzielle und zeitliche Belastung dar.

**Notfälle & akute Krisen:** Ich behandle keine Notfälle. Im akuten psychiatrischen Notfall (z.B. akute Selbst- und/oder Fremdgefährdung) muss umgehend die Rettung unter der Telefonnummer 144 kontaktiert werden.

**Therapieende und Therapieabbruch:** Sollten Sie Ihre Therapie beenden wollen, so wäre es sinnvoll, wenn wir dies vorab besprechen und planen. Auch beim Wunsch des Therapieabbruchs empfehle ich ein abschließendes Therapiegeläch.

-----

Ich habe Sie gemäß den Bestimmungen des PthG über den voraussichtlichen Behandlungsablauf (Art, Umfang, geplanter Verlauf, Setting), die voraussichtliche Gesamtdauer, die angewendeten Methoden, die Kosten, eine allfällige Datenverarbeitung bzw. -weitergabe sowie mögliche Gründe für Änderungen der Vorgangsweise informiert. Ebenso wurden mögliche Risiken der Durchführung oder des Unterbleibens der Behandlung sowie die Notwendigkeit einer ärztlichen Abklärung bei Verdacht auf somatische Beschwerden besprochen. Darüber hinaus habe ich Sie über die Bestimmungen des Psychotherapiegesetzes aufgeklärt.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich einverstanden, dass die für Dokumentation und Abrechnung erforderlichen personenbezogenen Daten EDV-gestützt und unter Einhaltung der Sicherheitsbestimmungen verarbeitet werden. Es werden ausschließlich jene Daten erhoben, die für die Durchführung meiner Leistungen erforderlich sind oder die Sie freiwillig zur Verfügung stellen.

Als Patient:in bzw. betroffene Person haben Sie – unter Wahrung der Verschwiegenheitspflicht – jederzeit das Recht auf Auskunft über Ihre gespeicherten personenbezogenen Daten (Herkunft, Empfänger, Zweck der Verarbeitung) sowie auf Berichtigung, Datenübertragbarkeit, Widerspruch, Einschränkung, Sperrung oder Löschung unrichtiger bzw. unzulässig verarbeiteter Daten. Eine erteilte Einwilligung können Sie jederzeit widerrufen. Bei vermuteten Verstößen gegen das Datenschutzrecht können Sie sich an die zuständige Aufsichtsbehörde (Österreich: Datenschutzbehörde) wenden.

Ich versichere, dass Ihre Daten streng vertraulich behandelt werden. Daten, die zur Abrechnung mit Sozialversicherungsträgern oder für eine Weiterbehandlung durch andere gesetzlich geregelte Gesundheitsberufe erforderlich sind, gelten in der Regel nicht als Geheimnis. Bitte weisen Sie vorab ausdrücklich darauf hin, wenn bestimmte Inhalte nicht weitergegeben werden dürfen.

Ich stimme der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten (Name, Anrede/Titel, Adresse, E-Mail, Telefonnummer, Geburtsdatum, Bankverbindung sowie psychotherapeutische Dokumentation) zum Zweck der Dokumentation gemäß §16a PthG, Rechnungslegung, Buchhaltung (inkl. Übermittlung an Steuerberater:innen) und gegebenenfalls Durchsetzung von Honorarforderungen ausdrücklich zu.

Ich habe das Informationsblatt gelesen und bin mit dessen Inhalt einverstanden.

UNTRSCHRIFT THERAPEUT:IN HIER

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient:in

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

**Stammdaten Patient:in**

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geschlecht: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_