Inga Wiesner / Psychotherapeutin in Fachausbildung unter Lehrsupervision (Systemische Familientherapie)
Bloch-Bauer-Promenade 20/20 1100 Wien / 06701949262 / kontakt@therapie-wiesner.at / https;//therapie-wiesner.at

RAHMENBEDINGUNGEN PSYCHOTHERAPIE

Das **Erstgespräch** dauert 30 Minuten und ist kostenlos. Im Erstgespräch werden folgende Rahmenbedingungen geklärt: Überweisungskontext, Erwartungen, Problembeschreibung, Zielformulierung, Behandlungsbedarf, Therapiedauer und -frequenz, Zahlungsmodalitäten, Absageregelung

Eine Einzel**sitzung** dauert 50 Minuten, eine Doppeleinheit dauert 90 Minuten.
Die Folgegespräche können nach Absprache auch teilweise **online** erfolgen.

Nicht einzuhaltende Einheiten müssen **mindestens 24 Stunden (1 WERKTAG) im Voraus** bekannt gegeben werden, ansonsten muss die Sitzung leider voll verrechnet werden. So bleibt wertvolle Therapiezeit für Menschen in akuten Situationen verfügbar. Absagen am Wochenende werden nur in Notfällen akzeptiert. Im Falle schwerer, krankheitsbedingter, kurzfristiger Absage muss die Stunde nicht bezahlt werden, wenn ein medizinischer Nachweis erbracht werden kann.

Die Sitzungen sind am Ende der Stunde **per Überweisung oder via Rechnung** zu bezahlen (Kontodaten unten - bitte Honorarnotennummer angeben) Das Honorar ist spätestes eine Woche nach Rechnungsdatum zu begleichen, da sonst kein Folgetermin vereinbart werden kann.

Alles, was Sie in der Therapie sagen oder tun, unterliegt der **Verschwiegenheit**, auch gegenüber Behörden oder Angehörigen. Nur Sie selbst können mich von dieser Schweigepflicht entbinden. Ich unterliege den Datenschutzrichtlinien des Bundesministeriums.

Ich bin verpflichtet, **allgemeine Aufzeichnungen** zu führen. (z.B. Beginn und Ende der Psychotherapie) Sie haben das Recht, jederzeit Einsicht in diese Aufzeichnungen zu nehmen.

In der therapeutischen Tätigkeit gelten folgende **Werte** als für den Prozess grundlegend:
Empathie, Wertschätzung und Respekt, Wärme, Echtheit, Verständnis, Aufmerksamkeit, Neutralität und Ressourcenorientierung

Die Mitnahme von Alkohol, Drogen oder Waffen in die Praxisräumlichkeiten ist untersagt.

Sie haben das Recht auf eine **sorgfältige Abklärung** ihres Anliegens. Falls eine Konsultation anderer Spezialist*innen des Gesundheitswesens notwendig erscheint, bin ich verpflichtet, Sie darauf hinzuweisen.

Honorar: **Setting:** **Frequenz:**

Sie stimmen zu, die psychotherapeutische Behandlung freiwillig in Anspruch zu nehmen und erklären weiters, alle Informationen über die Richtlinien der Behandlung verstanden zu haben.

Vor-/Zuname: **Pronomen:**

Krankenkasse: **SVNR.:**

Adresse:

Telefon: **Email:**

Unterschrift Klient*in

Wien, am