

# Sonja Hiebler

Psychotherapeutin (Systemische Familientherapie)  
Dipl. Lebens- und Sozialberaterin (Integrative Gestalt)  
Dipl. Sonderkindergartenpädagogin  
Tel. +43 (0)664 / 59 24 663

---

## INFORMATIONSBLETT zur THERAPIEVEREINBARUNG

### Sehr geehrte Klientin - Sehr geehrter Klient - Sehr geehrte Familie!

**m**Quadrat - Die Praxis für Psycho-Soziale Beratung, Behandlung und Therapie; Supervision und Coaching ist eine *Wahlpraxis*.

Sie haben sich dazu entschlossen, in meiner Praxis eine psychotherapeutische Begleitung in Anspruch zu nehmen. Grundlage dafür ist die Arbeitsbeziehung zur Therapeutin, welche gewisser **RAHMENBEDINGUNGEN** bedarf:

Termine sind nur nach vorheriger Vereinbarung möglich. In Krisenfällen bin ich bemüht Ihnen einen Termin innerhalb der nächsten 24 Stunden zu ermöglichen.

Eine (Therapie) Einheit dauert jeweils 50 Minuten, beginnend mit dem vereinbarten Zeitpunkt; auf Wunsch und bei Bedarf kann auch u.a. eine Doppeleinheit *>in der Paar- und Familientherapie empfiehlt sich dies<* angesetzt werden. Die Kosten, je Einheit für eine Einzel- bzw. Paartherapie sowie Familientherapie belaufen sich auf € 80,- (Psychotherapie ist umsatzsteuerfrei) und sind grundsätzlich in bar direkt im Anschluss an die Einheit (Therapie / Supervision / Coaching) zu bezahlen. Die Möglichkeit einer Banküberweisung bedarf (Zahlungsziel - per sofort - nach Honorarlegung) einer gesonderten Absprache.

Ein Kostenzuschuss für die in Anspruch genommene Psychotherapie durch die jeweilige persönliche Krankenkasse ist möglich, bedarf jedoch einer Diagnosestellung. Möchten Sie diesen Kostenzuschuss in Anspruch nehmen, ist es erforderlich, dass Sie zwischen der ersten und zweiten Therapieeinheit eine ärztliche Bestätigung (Hausarzt oder Facharzt für Psychiatrie) einholen: *Bestätigung der ärztlichen Untersuchung bei Inanspruchnahme psychotherapeutischer Behandlung*. Diese ist dann gemeinsam mit der Honorarnote, welche sie von mir bekommen bei der zuständigen Krankenkasse einzureichen. Auf meiner Homepage können Sie bei Bedarf detailliertere Auskünfte über die Refundierung seitens der Sozialversicherung/Krankenkasse/ Verrechnung mit der Jugendwohlfahrt Steiermark ersehen/entnehmen.

Falls Sie einen Termin *nicht* einhalten können, bitte ich Sie rechtzeitig – mindestens 24 Stunden vorher – um eine Terminabsage (Nachricht auf der Mobilbox/per SMS möglich). Andernfalls werden die Kosten für den nicht wahrgenommenen Termin in Rechnung gestellt.

Die Häufigkeit der Termine richtet sich nach Indikation und Problemstellung / Zielformulierung. *Regelmäßigkeit unterstützt positiv den Therapieerfolg*.

Die Gesamtdauer der Begleitung ist individuell verschieden (die Zeitspanne liegt zwischen einzelnen Sitzungen über einige Monate bis hin zu mehreren Jahren); die Beendigung einer Begleitung sollte in

jedem Fall gemeinsam besprochen und geplant werden. Im Falle eines Therapieabbruchs, aus welchen Gründen auch immer, verpflichten Sie sich in jedem Fall zu einem abschließenden Therapiegespräch.

Parallele Einzeltherapie oder Therapiegruppen bei anderen PsychotherapeutInnen sind aus methodischen Gründen nicht sinnvoll. Bezüglich der Teilnahme an Seminaren und therapieähnlichen Veranstaltungen ersuche ich Sie um eine vorhergehende Rücksprache.

Ich unterliege einer gesetzlich geregelten Verschwiegenheitspflicht und Dokumentationspflicht(das Psychotherapiegesetz = PthG gibt hier eine Aufbewahrungsdauer von 10 Jahren vor).

Gesondert verweise ich auf die Einwilligungserklärung hinsichtlich Datenverarbeitung und bitte Sie, diese auszufüllen; dadurch wird die Psychotherapeutische Begleitung in der *Wahlpraxis***m**Quadrat möglich. Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Sollte ich persönlich nicht erreichbar sein, bitte ich Sie, Ihre Nachricht auf meiner Mobilbox zu hinterlassen. Ich rufe Sie sobald als möglich zurück.

Privatkontakte und psychotherapeutische Arbeit schließen einander aus.

---

## ICH NEHME DIES ZUR KENNTNIS!

> in *Blockbuchstaben* BITTE ausfüllen!

Vor/Zuname:..... (Titel bzw. Titel nachgestellt)

Geburtsdatum:.....

Wohnadresse:.....

Erreichbar unter:.....

Ort und Datum .....

Unterschrift der Klientin / des Klienten.....