

## **INFORMATIONSBLATT des Berufsethischen Gremium**

Laut Psychotherapiegesetz haben PsychotherapeutInnen die Verpflichtung, ihren Beruf zum Wohle der PatientInnen nach bestem Wissen und Gewissen sowie dem Stand der psychotherapeutischen Wissenschaft entsprechend auszuführen.

Dazu gehört auch die Verpflichtung, dem/der PatientIn oder seinem/ihrer gesetzlichen Vertreter Auskünfte über die Behandlung, insbesondere über Art, Umfang und Entgelt zu erteilen sowie sich zu vergewissern, ob diese Informationen auch verstanden wurden.

Analog der ärztrechtlichen Vorschriften über die Dokumentationspflicht ergibt sich, daß folgende Mindestaufzeichnungen über jede zur Beratung oder Behandlung übernommene Person zu führen sind:

Persönliche Daten:

Namen, Versicherungsnr., Zuweisungsmodus, Verrechnungsart, psychotherapeutische Methode, voraussichtliche Dauer.

Wichtigen Angaben:

Angaben über Krankheitsverlauf (Symptomatik, Medikationen, somatische Krankheiten), Vorgeschichte der Erkrankung (Erstmaliges Auftreten, Vorbehandlungen, Vordiagnosen), Zustand der Person bei Beratungs- oder Behandlungsbeginn, Diagnose, Erstkontakt.

Konsultationen:

Bemerkungen - wesentliche diagnostische Bemerkungen, Selbstschädigungen, ärztliche Diagnosen, u.a. dokumentierende Aufzeichnungen in Stichworten.

Empfehlungen - andere Behandlungen, Medikamente, Vereinb.z. Therapieverlauf.

Zu Behandlungsende:

Wann die Behandlung beendet wurde, unter welchen Voraussetzungen, wichtige diagnostische Bemerkungen zum Behandlungsende, allfällige Bemerkungen des Patienten zu Therapieverlauf und Behandlungsende.

Besondere Dokumentationsmittel (Tonband, Video, u.a.) sind mit dem/der PatientIn abzusprechen. EDV- unterstützte Aufzeichnungen sind mit einer Datenschutznummer zu versehen.

Die PatientInnen (ihre gesetzlichen VertreterInnen) haben das Recht auf Einsichtnahme in diese Dokumentation. Da diese Informationen in allfälligen Konfliktfällen wichtige Beweismittel sein können, ist zu empfehlen, keinerlei Aufzeichnungen über Therapieinhalte und persönliche Bemerkungen darin zu vermerken. Diese PatientInnenblätter sind ab dem Behandlungsende 10 Jahre zu archivieren und anschließend zu vernichten.

## Vorschlag zur Dokumentation von Therapien:

Name d. PatientIn:

Vers.Nr.:

Geburtsdat.:

Wohnanschrift:

Tel.Nr.:

Zuweisung:

Erstkontakt am:

PatientIn wurde informiert über:

Psychoth.Meth.:	Frequenz:	Dauer:	Absageregelung:
Ärztl.Konsult.:	Honorarbed.:		Urlaubsvereinb.:

Honorarvereinbarung:

---

Wichtige Angaben zum Krankheitsverlauf und zum Zustand des/der PatientIn:

Vorthérapien:

Vordiagnosen:

---

Konsultationen:

Datum:	Bemerkungen: Empfehlungen:	Datum:	Bemerkungen: Empfehlungen:





Tiroler Landesverband für Psychotherapie

Behandlungsende am:

Abschlußbemerkungen:

Rückmeldungen des/der PatientIn: