Es wird immer die Formulierung "Patient", "Sorgeberechtigter" und die Ich-Form genutzt. Ausschließlich zum Zweck der besseren Lesbarkeit und Barrierefreiheit wird auf eine geschlechterspezifische Schreibweise sowie auf eine Mehrfachbezeichnung und Mehrzahl bei mehreren Erziehungsberechtigten verzichtet. Dadurch soll auch Menschen mit Seebeinträchtigung und / oder Sprachassistent einebarrierefreie Nutzung des Formulares ermöglicht werden.



Psychotherapie-Vertrag

| nd | geboren am |
|--|--------------------------------|
| Vor- und Nachname des Patienten | Geburtsdatum des Patienter |
| hnhaft in | , nachfolgend Patient genannt, |
| Adresse (Straße, Hausnummer, PLZ, Stac | dt) |
| Durchführung einer psychotherapeutischen Be | handlung vereinbart. |
| | |
| | |
| | |
| lls zutreffend) Gesetzlich wird der Patient vertre | ten durch |
| • | |
| | |
| Vor- und Nachname des Sorgeberechtigten | |
| | ——, wohnhaft in |
| or- und Nachname des Sorgeberechtigten | erechtigten, wohnhaft in |

STAND: FEBRUAR 2024 Mehr zum Thema Datenschutz: www.praxis-severin.de/datenschutz/ SEITE 01 - 03

St-Nr.: 350/5786/5848

Adresse (Straße, Hausnummer, PLZ, Stadt) des weiteren Sorgeberechtigten

BIC: DAAEDEDDXXX

Disclaimer: In der Praxis Severin wird wo immer möglich, eine geschlechtsneutrale Formulierung und leicht verständliche Sprache angestrebt. Es wird immer die Formulierung "Patient", "Sorgeberechtigter" und die Ich-Form genutzt. Ausschließlich zum Zweck der besseren Lesbarkeit und Barrierefreiheit wird auf eine geschlechterspezifische Schreibweise sowie auf eine Mehrfachbezeichnung und Mehrzahl bei mehreren Erziehungsberechtigten verzichtet. Dadurch soll auch Menschen mit Seebeinträchtigung und / oder Sprachassistent einebarrierefreie Nutzung des Formulares ermöglicht werden.



| Ich bin/Wir sind be | i der gesetzlichen Krankenkasse | | | |
|--|---|--|--------------------------------------|-------------------------|
| | Name | des Krankenkassenträg | ers | |
| versichert. Wir/Ich | wünsche/-n eine Behandlung zu Lasten d | er Krankenkasse. Die Al | rechnung der Le | istungen |
| erfolgt über die Kas: | senärztliche Vereinigung. | | | |
| Ich bin/Wir privat v | versichert bei | | versi | chert. |
| | Name des Krankenkassent | trägers | | |
| Die Psychotherapiel | kosten werden mir durch die Psychothera _l | peutin gemäß GOP mit | dem regelgerech | t erhöhten Satz von 3,0 |
| in Rechnung gestellt | t und durch mich bei meiner oben genann | ter privater Krankenve | rsicherung abger | echnet. |
| Ich bin/Wir sind be | ihilfeberechtigt, Beihilfestelle: | | | |
| | Name de | r Beihilfestelle | | |
| Die Psychotherapiek | rosten werden mir durch die Psychotherap | oeutin gemäß GOP mit | dem regelgerecht | erhöhten Satz von 3,0 |
| in Rechnung gestellt | t und durch mich zu Lasten der oben gena | nnter Beihilfe/privater | Krankenversiche | rung abgerechnet. |
| Ich bin in der aeset : | zlichen Krankenversicherung versichert u | ınd wünsche eine Priva | tbehandluna mit | Kostenerstattuna |
| | enkasse Die Psychotherapiekosten werden | | _ | |
| | t. Ich werde mir bei meiner o.a. Krankenko | | | |
| erstatten lassen. | | | | |
| Ich möchte die Psyc | : hotherapiekosten selbst zahlen . Die Psyd | hotheraniekosten werd | len mir durch die | Psychotheraneutin |
| gemäß GOP in Rech | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Die Psychotherapiekos | sten werden von folgendem Kostenträ | iger übernommen: | | |
| , | · · | | | |
| Name des Kostenträger | | | | |
| | | | | |
| | | | niiho | |
| Ich verpflichte mich, da | ass ich mich selbst um die Therapieko | stenübernahme ben | iuiie. | |
| | ass ich mich seibst um die Therapieko ychotherapeutischen Behandlung wei | | | ı vorlegen. |
| Die Bewilligung der psy | ychotherapeutischen Behandlung we | rde ich unverzüglich | der Behandlerir | |
| Die Bewilligung der psy Unabhängig von der Er | ychotherapeutischen Behandlung wei | rde ich unverzüglich ankenversicherung, B | der Behandlerir eihilfe, gesetzli | che Krankenversicher |
| Die Bewilligung der psy Unabhängig von der Er | ychotherapeutischen Behandlung we | rde ich unverzüglich ankenversicherung, B | der Behandlerir eihilfe, gesetzli | che Krankenversicher |
| Die Bewilligung der psy Unabhängig von der Er bei § 13 Abs. 2 oder 3 S0 | ychotherapeutischen Behandlung wei | rde ich unverzüglich ankenversicherung, B | der Behandlerir eihilfe, gesetzli | che Krankenversicher |
| Die Bewilligung der psy Unabhängig von der Er bei § 13 Abs. 2 oder 3 S0 | ychotherapeutischen Behandlung wei | rde ich unverzüglich ankenversicherung, B | der Behandlerir eihilfe, gesetzli | che Krankenversicher |
| Die Bewilligung der psy Unabhängig von der Er bei § 13 Abs. 2 oder 3 S0 | ychotherapeutischen Behandlung wei rstattung durch Dritte (z.B. private Kra GB V) schuldet der/die Patient/in das I | rde ich unverzüglich ankenversicherung, B | der Behandlerir eihilfe, gesetzli | che Krankenversicher |
| Die Bewilligung der psy Unabhängig von der Er bei § 13 Abs. 2 oder 3 St in voller Höhe. | ychotherapeutischen Behandlung wei rstattung durch Dritte (z.B. private Kra GB V) schuldet der/die Patient/in das I | rde ich unverzüglich ankenversicherung, B Honorar der/dem Psy Kölner Straße 114 | der Behandlerir eihilfe, gesetzli | che Krankenversicher |

Disclaimer: In der Praxis Severin wird wo immer möglich, eine geschlechtsneutrale Formulierung und leicht verständliche Sprache angestrebt. Es wird immer die Formulierung "Patient", "Sorgeberechtigter" und die Ich-Form genutzt. Ausschließlich zum Zweck der besseren Lesbarkeit und Barrierefreiheit wird auf eine geschlechterspezifische Schreibweise sowie auf eine Mehrfachbezeichnung und Mehrzahl bei mehreren Erziehungsberechtigten verzichtet. Dadurch soll auch Menschen mit Seebeinträchtigung und / oder Sprachassistent einebarrierefreie Nutzung des Formulares ermöglicht werden.



Die Rechnungslegung erfolgt gemäß GOP, mit dem regelgerecht erhöhten Satz von 2,3 auf 3,0, zwecks Angleichung an das geltende EBM der gesetzlichen Krankenkassen.

Mir ist bekannt, dass die Therapiekosten möglicherweise nicht in voller Höhe von meiner Versicherung übernommen werden und verpflichte mich, den entsprechenden Differenzbetrag selbst zu tragen.

Zusätzlich vereinbaren Patient/Sorgeberechtigter und Psychotherapeutin folgendes:

Der Patient verpflichtet sich, bei Verhinderung einen vereinbarten Behandlungstermin **spätestens 48 Werktagsstunden vorher via Brief, Fax, E-Mail oder Anruf (auch auf dem Anrufbeantworter)** abzusagen.

Bei kurzfristigen Absagen oder verpassten Terminen wird ein Ausfallhonorar in Höhe von 70€ in Rechnung gestellt. Unabhängig von der Art der Versicherung, ist das Ausfallhonorar selbst zu tragen. Eine Kosten Eine Kostenerstattung durch die private oder gesetzliche Krankenkasse oder Beihilfe findet in diesem Fall nicht statt.

Das Merkblatt zur ambulanten Psychotherapie habe ich erhalten und gelesen.

Ich wurde darüber informiert, dass die Informationen zur Datenverarbeitung (DSGVO) im Wartezimmer aushängen.

Das Original des Behandlungsvertrages verbleibt in der psychotherapeutischen Praxis. Der Patient/der Sorgeberechtigte erhält eine Zweitschrift.

| Ort | Datum | Unterschrift Sorgeberechtigter |
|------------------------------|----------------------------------|---|
| Unterschrift Patient | | Unterschrift weiterer Sorgeberechtigter |
| Carolin Severin - Kinder- ui | nd Jugendlichenpsychotherapeutin | Praxisstempel |

STAND: FEBRUAR 2024

Mehr zum Thema Datenschutz: www.praxis-severin.de/datenschutz/

Psychotherapeutische Praxis für Kinder und Jugendliche

St - Nr.: 350 / 5786 / 5848

Carolin Severin, B.A.

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin

ApoBank IBAN: DE 853006 06010005 6048 40

Kölner Straße 114 42897 Remscheid T. 02191 43 70 19 - 6 F. 02191 43 70 19 - 7 info@praxis-severin.de

SEITE 03 - 03