

Psychotherapie-Vertrag

Nach ausführlicher Information und Aufklärung über die Bedingungen einer ambulanten Psychotherapie wird zwischen Carolin Severin, nachfolgend Psychotherapeutin genannt

und _____, geboren am _____,
Vor- und Nachname des Patienten *Geburtsdatum des Patienten*

wohnhaft in _____, nachfolgend Patient genannt,
Adresse (Straße, Hausnummer, PLZ, Stadt)

die Durchführung einer psychotherapeutischen Behandlung vereinbart.

(falls zutreffend) Gesetzlich wird der Patient vertreten durch

_____, wohnhaft in
Vor- und Nachname des Sorgeberechtigten

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

(falls zutreffend) und dem weiteren Sorgeberechtigten

_____, wohnhaft in
Vor- und Nachname des weiteren Sorgeberechtigten

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

Die Psychotherapiekosten der ambulanten Psychotherapie sollen gemäß nachfolgender Erklärung des Patienten / des Sorgeberechtigten abgerechnet werden:

☐ Ich bin / Wir sind bei der **gesetzlichen Krankenkasse** _____

Name des Krankenkassenträgers

versichert. Wir/Ich wünsche/-n eine Behandlung zu Lasten der Krankenkasse. Die Abrechnung der Leistungen erfolgt über die Kassenärztliche Vereinigung.

☐ Ich bin / Wir **privat versichert** bei _____ versichert.

Name des Krankenkassenträgers

Die Psychotherapiekosten werden mir durch die Psychotherapeutin gemäß GOP mit dem regelgerecht erhöhten Satz von 3,0 in Rechnung gestellt und durch mich bei meiner oben genannter privater Krankenversicherung abgerechnet.

☐ Ich bin / Wir sind **beihilfeberechtigt**, Beihilfestelle: _____

Name der Beihilfestelle

Die Psychotherapiekosten werden mir durch die Psychotherapeutin gemäß GOP mit dem regelgerecht erhöhten Satz von 3,0 in Rechnung gestellt und durch mich zu Lasten der oben genannter Beihilfe/privater Krankenversicherung abgerechnet.

☐ Ich bin in der **gesetzlichen Krankenversicherung versichert** und wünsche eine **Privatbehandlung mit Kostenerstattung** durch meine Krankenkasse. Die Psychotherapiekosten werden mir durch die Psychotherapeutin gemäß GOP in Rechnung gestellt. Ich werde mir bei meiner o.a. Krankenkasse die Kosten gemäß § 13 Abs. 2ii oder 3iii SGB V erstatten lassen.

☐ Ich möchte die **Psychotherapiekosten selbst zahlen**. Die Psychotherapiekosten werden mir durch die Psychotherapeutin gemäß GOP in Rechnung gestellt.

Die Psychotherapiekosten werden von folgendem Kostenträger übernommen:

Name des Kostenträgers

Ich verpflichte mich, dass ich mich selbst um die Therapiekostenübernahme bemühe.

Die Bewilligung der psychotherapeutischen Behandlung werde ich unverzüglich der Behandlerin vorlegen.

Unabhängig von der Erstattung durch Dritte (z.B. private Krankenversicherung, Beihilfe, gesetzliche Krankenversicherung bei § 13 Abs. 2 oder 3 SGB V) schuldet der/die Patient/in das Honorar der/dem Psychotherapeutin/en persönlich in voller Höhe.

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- und Jugendlichenpsychotherapeutin

Praxisstempel