

Jetzt abschicken

Therapievereinbarung Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Zwischen Frau/Herrn:

Patient/in:

Adresse:

und der Therapeutin / dem Therapeuten:

Es wird die Durchführung einer psychotherapeutischen Behandlung einschließlich einer probatorischen Behandlungsphase vereinbart.

Erklärung zur privatärztlichen Behandlung

Ich wünsche, durch die / den behandelnde(n) Therapeutin/ Therapeuten die folgenden Leistungen auf privatärztlicher Basis in Anspruch zu nehmen:

Psychotherapie/Verhaltenstherapie für Kinder bzw. Jugendliche

Der Patient ist privat versichert. Die Psychotherapiekosten werden mir durch die / den Psychotherapeutin/ Psychotherapeuten gemäß der Gebührenordnung für Psychotherapeuten GOP monatlich in Rechnung gestellt und durch mich zu Lasten der privaten Krankenversicherung abgerechnet. Es wird ein Honorarsatz von 2,3 des einfachen Satzes vereinbart (für eine 50-minütige Sitzung analog Ziffer 870 entspricht dies derzeit €100,55). Weitere Leistungen wie Erhebung der biographischen Anamnese und die Durchführung und Auswertung psychologischer Testverfahren können dazu kommen.

Nicht bei jeder Versicherung und bei jedem Tarif werden die Kosten vollständig übernommen, so dass eventuell Zuzahlungen notwendig sind. Unabhängig von der Erstattung durch Dritte (z.B. private Krankenversicherung, Beihilfe, gesetzliche Krankenversicherung bei §13 Abs. 2 SGB V) schuldet der Patient das Honorar persönlich in voller Höhe gemäß Rechnungslegung gegenüber der Psychotherapeutin/ dem Psychotherapeuten.

Zusätzlich vereinbaren Eltern und Psychotherapeut/in folgendes:

Die Eltern verpflichten sich, bei Verhinderung einen vereinbarten Termin spätestens 2 Tage vor dem Termin abzusagen. Erfolgt die Terminabsage nicht rechtzeitig innerhalb der vorgenannten Frist, behält sich der/die Therapeut/in vor, den Eltern ein Ausfallhonorar in Höhe von 80€ in Rechnung zu stellen, wenn der Termin nicht anderweitig vergeben werden kann. Dieses Ausfallhonorar haben die Eltern unabhängig von der Art der Versicherung selbst zu zahlen. Eine Kostenerstattung durch die private oder gesetzliche Krankenversicherung oder Beihilfe findet in diesem Fall nicht statt.

Ort, Datum:

.....
(Therapeut/in)

.....
(Patient/in bzw. gesetzlicher Vertreter)