

Vereinbarung über die Durchführung einer Psychotherapie

Nach ausführlicher Information und Aufklärung über die Bedingungen einer ambulanten Psychotherapie wird zwischen der Praxis für Psychotherapie Tobias Emrich und deren Mitarbeiter*innen, nachfolgend **Praxis**, bzw. **Psychotherapeut*in** genannt, und

Name des/der Patient*in: _____ geb. am: _____

Anschrift: _____

Bei Minderjährigen vertreten durch:

Sorgeberechtigte*r: _____ geb. am: _____

Anschrift: _____

,nachfolgend **Patient*in** genannt, die Durchführung einer psychotherapeutischen Behandlung vereinbart.

Diese Behandlungsvereinbarung bezieht sich auf die psychotherapeutische Sprechstunde, probatorische Sitzungen, Diagnostiktermine, Leistungen einer Richtlinienpsychotherapie.

Aus dem Abschluss des Behandlungsvertrages ergibt sich nicht automatisch die Möglichkeit oder der rechtliche Anspruch auf eine reguläre Behandlung.

- Ich bestätige, dass ich die Merkblätter zur ambulanten Psychotherapie und zum Datenschutz erhalten und gelesen habe.**

Abrechnung der therapeutischen Leistungen:

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

- Ich bin in der **gesetzlichen Krankenversicherung** versichert.

Name der Versicherung: _____ Hauptversicherte*r: _____

Ich wünsche eine Behandlung zu Lasten meiner Krankenkasse, die Abrechnung der Leistungen erfolgt über die Kassenärztliche Vereinigung.

- Ich bin **privat versichert**.

Name der Versicherung: _____ Hauptversicherte*r: _____

Die Psychotherapiekosten werden mir durch die Praxis gemäß GOP¹ in Rechnung gestellt und durch mich bei meiner o.a. privaten Krankenversicherung abgerechnet.

- Ich bin **beihilfeberechtigt**.

Beihilfestelle: _____ . Beihilfeberechtigte*r: _____
Die Psychotherapiekosten werden mir durch die Praxis gemäß GOP¹ in Rechnung gestellt und durch mich zu Lasten der o.a. Beihilfe/privaten Krankenversicherung abgerechnet.

- Ich möchte die Psychotherapiekosten **selbst zahlen**.

Ich bin von meinem Psychotherapeuten / meiner Psychotherapeutin darüber aufgeklärt worden, dass meine gesetzliche Krankenkasse eine Psychotherapie nach den Psychotherapierichtlinien grundsätzlich bezahlt. Ich wünsche dennoch ausdrücklich die Durchführung der Therapiesitzungen als Privatleistung, die ich aus eigener Tasche selbst bezahlen werde. Mir ist die fehlende Erstattungsfähigkeit durch meine gesetzliche Krankenkasse bekannt.

Die Psychotherapiekosten werden mir durch die Praxis gemäß GOP¹ in Rechnung gestellt.

- Die Psychotherapiekosten werden von folgendem Kostenträger übernommen:

Ich verpflichte mich, dass ich mich selbst um die Therapiekostenübernahme bemühe. Die Bewilligung der psychotherapeutischen Behandlung werde ich unverzüglich dem/der Behandler/in vorlegen.

Bei privat versicherten und beihilfeberechtigten Patient*innen sowie Selbstzahlern gilt:

Unabhängig von der Erstattung durch Dritte (z.B. private Krankenversicherung, Beihilfe) schuldet der/die Patient*in das Honorar der Praxis Tobias Emrich persönlich in voller Höhe. Die Rechnungslegung erfolgt gemäß GOP¹. Mir ist bekannt, dass die Therapiekosten nicht immer von der Krankenkasse in voller Höhe übernommen werden.

Ausfallhonorar:

Der Patient und dessen Bezugspersonen verpflichten sich, die Termine im **Verhinderungsfall** rechtzeitig, d.h. spätestens 48 Stunden (2 Tage) vor dem Termin, abzusagen. Dazu genügt eine schriftliche Mitteilung per E-Mail (praxis@psychotherapie-emrich.de) oder eine Nachricht auf dem Anrufbeantworter.

Erfolgt die Terminabsage nicht rechtzeitig, wird der/dem Patient*in ein **Ausfallhonorar** in Höhe von 60€ in Rechnung gestellt. Dieses Ausfallhonorar hat die/der Patient*in unabhängig von der Art der Versicherung selbst zu zahlen. Eine Kostenerstattung durch die private oder gesetzliche Krankenkasse oder Beihilfe findet in diesem Fall nicht statt.

Erklärung zur elektronischen Kommunikation

Es besteht die Möglichkeit, mit der Praxis digital zu kommunizieren. Diese Kommunikationswege werden im Wesentlichen für Terminabsprachen und andere organisatorische Abstimmungen genutzt. Sensible persönliche Daten werden nicht digital versendet.

Über die prinzipielle Unsicherheit der verschiedenen elektronischen Kommunikationswege wurde ich informiert.

Ich bin mit der Nutzung folgender Kommunikationswege einverstanden:

- Telefon
- SMS (für die Versendung von Links zu Fragebögen)
- E-Mail mit folgender E-Mail-Adresse: _____

Erklärung zur Nutzung der Videosprechstunde

In der Praxis können psychotherapeutische Leistungen in bestimmten Fällen als Videositzung erbracht werden, wenn die Leistung keinen unmittelbaren persönlichen Kontakt mit Ihnen erfordert.



