



**DR. ANNE HELLMANN**

Praxis für Psychotherapie

Kinder | Jugendliche | Junge Erwachsene

## Psychotherapie-Vertrag

Nach ausführlicher Information und Aufklärung über die Bedingungen einer ambulanten Psychotherapie wird zwischen **Dr. Anne Hellmann** nachfolgend **Psychotherapeutin** genannt und

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Ort

\_\_\_\_\_  
ggf. Sorgeberechtigte/r mit Anschrift

\_\_\_\_\_  
ggf. Sorgeberechtigte/r mit Anschrift

\_\_\_\_\_  
Versicherungsnehmer/in (bei familienversicherten Patienten)

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

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

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

- Ich bin in der **gesetzlichen Krankenversicherung**, bei der \_\_\_\_\_  
Ich wünsche eine Behandlung zu Lasten meiner Krankenkasse, die Abrechnung der Leistungen erfolgt über die Kassenärztliche Vereinigung.
- Ich bin **privat versichert** bei \_\_\_\_\_  
Die Psychotherapiekosten werden mir durch die Psychotherapeutin gemäß GOP<sup>1</sup> in Rechnung gestellt und durch mich bei meiner o.a. privaten Krankenversicherung abgerechnet.
- Ich bin **beihilfeberechtigt**, Beihilfestelle: \_\_\_\_\_  
Die Psychotherapiekosten werden mir durch die Psychotherapeutin gemäß GOP in Rechnung gestellt und durch mich zu Lasten der o.a. Beihilfe / privaten Krankenversicherung abgerechnet.
- 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:  
\_\_\_\_\_

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

<sup>1</sup> Gebührenordnung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten



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 Psychotherapeutin persönlich in voller Höhe. Die Rechnungslegung erfolgt gemäß GOP, Therapietermine werden grundsätzlich mit dem 3,5-fachen Steigerungssatz berechnet. Mir ist bekannt, dass die Therapiekosten nicht immer von der Krankenkasse in voller Höhe übernommen werden. Gesetzlich Versicherte werden gemäß dem aktuell gültigen Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) berechnet.

**Zusätzlich vereinbaren Patient/in und Psychotherapeutin folgendes:**

Der/die Patient/in verpflichtet sich, bei Verhinderung einen vereinbarten Behandlungstermin spätestens 48 Werktagstunden vorher abzusagen. Erfolgt die Terminabsage nicht rechtzeitig, wird dem/der Patienten/in 80% des der Psychotherapeutin zustehenden Honorars in Rechnung gestellt. Wird der Termin nicht oder erst nach bzw. während des vereinbarten Termins abgesagt, ist ein Ausfallhonorar in Höhe von 100% zu entrichten. Dieses Ausfallhonorar hat der/die Patient/in bzw. die Sorgeberechtigten 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.

Werden Ausfallhonorare nicht innerhalb von 14 Tagen entrichtet, werden die vereinbarten Termine bis zur Tilgung ausgesetzt. Muss ein Termin durch den/die Patienten/in aus gesundheitlichen Gründen kurzfristig abgesagt werden, ist in jedem Fall ein ärztliches Attest vorzulegen um ein Ausfallhonorar zu vermeiden. 15 Minuten nach vereinbartem Terminbeginn ohne telefonische Information an die Psychotherapeutin steht es der Therapeutin frei, die Räumlichkeiten zu verlassen. Der Termin gilt dann als versäumt.

Therapietermine finden auch in den Schulferien statt.

Wichtig: Sagen Sie Termine immer telefonisch ab. Außerhalb der Sprechzeiten sprechen Sie bitte auf den Anrufbeantworter.

Mir/uns ist bekannt, dass in Anspruch genommene psychotherapeutische Leistungen nachteilige Einflüsse auf den Abschluss von privaten Versicherungen (z.B. private Kranken-, Lebens-, Berufsunfähigkeitsversicherung) haben können und dass eine psychotherapeutische Diagnostik oder Behandlung die Aufnahme bestimmter Berufe (Piloten, Bundeswehr, Polizei, Verbeamtung etc.) erschweren oder verhindern kann.

- Das Merkblatt zur ambulanten Psychotherapie habe ich erhalten und gelesen.
- Die Patienteninformation zum Datenschutz habe ich erhalten und gelesen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in bzw. Sorgeberechtigte/r

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Psychotherapeutin

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