

## Behandlungsvertrag über eine Psychotherapie für Kinder / Jugendliche

Nach einer ausführlichen Aufklärung über die Durchführung sowie die Rahmenbedingungen einer ambulanten Psychotherapie wird zwischen Johannes Kirf, nachfolgend **Psychotherapeut** genannt, und

**Name des Patienten / der Patientin:** \_\_\_\_\_ **Geb.-Datum:** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_

**Name der / des Sorgeberechtigten:** \_\_\_\_\_

nachfolgend **Patient** genannt, folgende Vereinbarungen für die Durchführung einer psychotherapeutischen Behandlung (Verhaltenstherapie) vereinbart. Der Behandlungsvertrag bezieht sich sowohl auf Psychotherapeutische Sprechstunden, Akutbehandlung, Probatorische Sitzungen, Diagnostiktermine, reguläre Behandlungsstunden und Bezugspersonenstunden. Aus dem Abschluss des Behandlungsvertrages ergibt sich nicht automatisch die Möglichkeit oder der rechtliche Anspruch auf eine reguläre Behandlung.

### 1. Kosten, Honorar, Vergütung

- Ich bin in der gesetzlichen Krankenversicherung (Name der Versicherung: \_\_\_\_\_) versichert und wünsche eine Behandlung zu Lasten meiner Krankenkasse. Die Abrechnung der Leistungen erfolgt über die Kassenärztliche Vereinigung. Einen Wechsel der Krankenkasse teile ich dem Psychotherapeuten unverzüglich mit.
- Ich bin in der privaten Krankenversicherung (Name der Versicherung: \_\_\_\_\_) versichert. Die Psychotherapiekosten werden mir durch den Psychotherapeuten gemäß GOP<sup>1</sup> mit dem 2,3-fachen Steigerungssatz in Rechnung gestellt und durch mich bei meiner privaten Krankenversicherung abgerechnet.
- Ich bin beihilfeberechtigt (Beihilfestelle: \_\_\_\_\_) Die Psychotherapiekosten werden mir durch den Psychotherapeuten gemäß GOP mit dem 2,3-fachen Steigerungssatz in Rechnung gestellt und durch mich bei meiner Beihilfe / privaten Krankenversicherung abgerechnet.
- Ich möchte die Psychotherapiekosten selbst zahlen. Die Psychotherapiekosten werden mir durch den Psychotherapeuten gemäß GOP mit dem 2,3-fachen Steigerungssatz in Rechnung gestellt.
- Die Psychotherapiekosten werden übernommen von: \_\_\_\_\_

---

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

## 2. Behandlungstermine, Ausfallhonorar

Die Behandlungstermine werden fest vereinbart und vom Psychotherapeuten für den jeweiligen Patienten / die jeweilige Patientin bereitgehalten. Ebenso die begleitenden Gespräche mit den Bezugspersonen. Eine Behandlungsstunde dauert in der Regel jeweils 50 Minuten. Wenn nicht anders besprochen, finden Therapietermine auch in den Schulferien statt. Neben der Motivation und der generellen Behandlungsbereitschaft aller Beteiligten ist die regelmäßige, verbindliche Wahrnehmung von vereinbarten Terminen von großer Bedeutung für den Erfolg einer psychotherapeutischen Behandlung. Der Patient ggf. sein/e gesetzliche/r Vertreter/in, verpflichtet sich, bei Verhinderung einen vereinbarten Behandlungstermin spätestens 48 Werktagstuden vor dem Termin abzusagen. Erfolgt die Terminabsage nicht rechtzeitig bis zu der vorgenannten Frist, wird dem Patienten die ausgefallene Stunde mit 60 Euro als Ausfallhonorar privat in Rechnung gestellt. Die Kosten übernimmt in diesem Fall keine Krankenversicherung. Die Frist von 48 Werktagstunden macht es möglich, bei Terminabsagen am Freitag ggf. für den folgenden Montag noch andere Patienten zu terminieren. Falls der Termin anderweitig vergeben werden kann, entfällt das Ausfallhonorar. Wird ein ärztliches Attest vorgelegt, entfällt das Ausfallhonorar ebenfalls. Werden Ausfallhonorare nicht innerhalb von 14 Tagen entrichtet, werden die ausgemachten Termine bis zur Tilgung an andere Patienten vergeben.

## 3. Erklärung zur elektronischen Kommunikation

Es besteht die Möglichkeit, mit der Praxis digital per eMail zu kommunizieren. Dieser Kommunikationsweg wird im Wesentlichen für Terminabsprachen und andere organisatorische Abstimmungen genutzt. Sensible persönliche Daten werden nicht digital versendet. Über die prinzipielle Unsicherheit des elektronischen Kommunikationsweges wurde ich informiert. Eine Kommunikation per SMS ist nicht möglich. Ich bin mit der Nutzung des folgenden Kommunikationsweges einverstanden:

eMail, mit folgender eMail-Adresse: \_\_\_\_\_

Diese Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

**Das Merkblatt zur ambulanten Psychotherapie habe ich erhalten und gelesen.**

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

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Therapeut

---

Unterschrift Patient, ggf. gesetzliche/r Vertreter/in