

Psychotherapievertrag

Praxis Tapferes Schneiderlein
Kinder- und Jugendlichen-
Psychotherapie (VT)
Inhaber: Yannick Schneider



Nach ausführlicher Information und Aufklärung über die Bedingungen einer ambulanten Psychotherapie wird zwischen Herrn Yannick Schneider, nachfolgend

Psychotherapeut*in genannt,

und

Frau/Herrn _____, geb. am _____

Wohnort _____

ggf. Sorgeberechtigte*r mit Anschrift _____

Versicherungsnehmer*in

(bei familienversicherten Patient*innen) _____, geb. am _____,

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

Die Psychotherapiekosten der ambulanten Psychotherapie sollen gemäß nachfolgender Erklärung des Patienten bzw. der Patientin 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 den Psychotherapeuten bzw. die Psychotherapeutin gemäß GOPⁱ in Rechnung gestellt und durch mich bei meiner o. a. privaten Krankenversicherung abgerechnet.

☐ **Ich bin beihilfeberechtigt, Beihilfestelle: _____**
Die Psychotherapiekosten werden mir durch den Psychotherapeuten bzw. die Psychotherapeutin gemäß GOP in Rechnung gestellt und durch mich zu Lasten der o. a. Beihilfe/privaten Krankenversicherung abgerechnet.

☐ **Ich bin in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert und wünsche eine Privatbehandlung mit Kostenerstattung durch meine Krankenkasse.**
Die Psychotherapiekosten werden mir durch den Psychotherapeuten bzw. 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 den Psychotherapeuten bzw. 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. Die Bewilligung der psychotherapeutischen Behandlung werde ich unverzüglich dem*der Behandler*in 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 dem Psychotherapeuten bzw. der Psychotherapeutin persönlich in voller Höhe. Die Rechnungslegung erfolgt gemäß GOP. Mir ist bekannt, dass die Therapiekosten nicht immer von der Krankenkasse in voller Höhe übernommen werden.

Zusätzlich vereinbaren Patient*in und Psychotherapeut*in folgendes:

Der/die Patient*in verpflichtet sich, bei Verhinderung eines vereinbarten Behandlungstermins spätestens **48** Stunden vorher abzusagen. Erfolgt die Terminabsage nicht rechtzeitig, wird dem Patienten*der Patientin **100%** von dem Psychotherapeuten bzw. der Psychotherapeutin zustehenden Honorar in Rechnung gestellt. Dieses Ausfallhonorar hat der*die Patient*in unabhängig von der Art der Versicherung selbst zu zahlen. Eine Kostenersatzung durch die private/gesetzliche Krankenkasse oder Beihilfe findet in diesem Fall nicht statt.

Der*die Patient*in verpflichtet sich **psychotherapeutische Videoleistungen** nicht zu speichern und keine Mitschnitte zu erstellen. **Video- und Audioaufnahmen** von Sitzungen sind nur im gegenseitigen Einverständnis erlaubt.

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:

- ☐ SMS _____
- ☐ Messenger (z. B. Signal, Threema) _____
- ☐ Sonstiges _____
- ☐ E-Mail mit folgender E-Mail-Anschrift _____

Diese Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Das Merkblatt zur ambulanten Psychotherapie habe ich erhalten und gelesen.

Das Original des Behandlungsvertrags verbleibt in der psychotherapeutischen Praxis. Der*die Patient*in erhält eine Zweitschrift.

Ort

Datum

Unterschrift Patient*in
Sorgeberechtigte*r

Unterschrift Psychotherapeut*in

¹ Gebührenordnung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

² Kostenerstattungsvereinbarung mit der gesetzlichen Krankenkasse gem. § 13 Abs. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)

³ Kostenerstattung der gesetzlichen Krankenkasse bei selbstbeschaffter Leistung gem. § 13 Abs. 3 SGB V