

Psychotherapie-Vertrag

Praxisstempel

017405900
John-Rittmeister-Institut
für Psychoanalyse, Psychotherapie und
Psychosomatik Schleswig-Holstein e. V.
Stresemannplatz 4 24103 Kiel
Tel.: 0431-8886295

Nach ausführlicher Information und Aufklärung über die Bedingungen einer ambulanten Psychotherapie wird zwischen _____ nachfolgend **Psychotherapeut/in** genannt

und

Frau/Herrn _____ geb. am: _____

Wohnort _____

ggf. Sorgeberechtigte/r mit Anschrift _____

Versicherungsnehmer/in
(bei familienversicherten Patienten) _____ geb. am _____

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 den/die Psychotherapeuten/in gemäß GOP¹ in Rechnung gestellt und durch mich bei meiner o.a. privaten Krankenversicherung abgerechnet.
- Ich bin beihilfeberechtigt, Beihilfestelle: _____**
Die Psychotherapiekosten werden mir durch den/die Psychotherapeuten/in 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/die Psychotherapeuten/in gemäß GOP in Rechnung gestellt. Ich werde mir bei meiner o.a. Krankenkasse die Kosten gemäß § 13 Abs. 2² oder 3³ SGB V erstatten lassen.
- Ich möchte die Psychotherapiekosten selbst zahlen.**
Die Psychotherapiekosten werden mir durch den/die Psychotherapeuten/in gemäß GOP in Rechnung gestellt.
- Die Psychotherapiekosten werden von folgendem Kostenträger übernommen:** _____

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

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/dem Psychotherapeuten/en 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 einen vereinbarten Behandlungstermin spätestens _____ Stunden vorher abzusagen. Erfolgt die Terminabsage nicht rechtzeitig, wird dem/der Patienten/in _____ % von dem/der Psychotherapeuten/en zustehenden Honorar in Rechnung gestellt. Dieses Ausfallhonorar hat der/die 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.

Ort

Datum

Unterschrift Patient/in

Unterschrift Psychotherapeut/in

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

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

Unterschrift Patient/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