

Vertrag für Selbstzahler, Privatversicherte oder Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung , Kinder und Jugendliche

Zwischen Tanja Cordshagen-Fischer
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin

und

(Patient/ Patientin, ggf. gesetzlicher/e Vertreter/in)

wird folgende Vereinbarung getroffen: Es wird eine Verhaltenstherapie mit

dem Kind

— dem Jugendlichen/jungen Erw.

durchgeführt. Die Sitzungstermine werden fest vereinbart und von der Psychotherapeutin für diesen Patienten/ dieser Patientin bereit gehalten. Ebenso die begleitenden Gespräche mit den Bezugspersonen.

-
- Der/ Die Patient/ Patientin ggf. der gesetzliche Vertreter erklärt hiermit, dass er in der **gesetzlichen Krankenversicherung** versichert ist und dass die Psychotherapiekosten zu Lasten seiner/ ihrer Krankenkasse abgerechnet werden sollen. Der/ Die Patient/ Patientin ggf. der gesetzliche Vertreter verpflichtet sich, einen Wechsel der Krankenkasse unverzüglich der Psychotherapeutin mitzuteilen.
 - Der/ Die Patient/ Patientin, ggf. der gesetzliche Vertreter erklärt, dass er **Selbstzahler** ist.
 - Der/ Die Patient/ Patientin, ggf. der gesetzliche Vertreter erklärt, dass er **privat versichert** ist.

— Der/ Die Patient/ Patientin ggf. sein gesetzlicher Vertreter verpflichtet sich, bei Verhinderung einen vereinbarten Behandlungstermin spätestens 24 Stunden vor dem Termin abzusagen. Erfolgt die Terminabsage nicht rechtzeitig bis zu der vorgenannten Frist, wird dem/ der Patienten/ Patientin die ausgefallene Stunde mit 60,— Euro als **Ausfallhonorar** privat in Rechnung gestellt. Die Kosten übernimmt in diesem Fall nicht die Krankenversicherung. Falls der Termin anderweitig vergeben werden kann, entfällt das Ausfallhonorar.

Die Psychotherapeutin unterliegt der **Schweigepflicht**.

Es gilt, dass Psychotherapeuten bei Patienten/Patientinnen bestimmte Leistungen im Rahmen der Kassenpsychotherapie nur abrechnen können, wenn sie gegenüber dem Hausarzt bzw. dem überweisenden Facharzt regelmäßig über die Psychotherapie **Bericht** erstatten. Wenn kein Hausarzt angegeben wird oder sie als Patient/Patientin sich gegen

einen Bericht an den Hausarzt aussprechen, entfällt dieser Bericht. Bestätigen Sie bitte mit Ihrer Unterschrift die von Ihnen gewünschte Regelung.

- Ich habe keinen Hausarzt.
- Ich bin nicht damit einverstanden, dass meinem Hausarzt/dem überweisenden Facharzt in jedem Quartal über die Psychotherapie berichtet wird.
- Ich bin damit einverstanden, dass mein Hausarzt/der überweisende Facharzt regelmäßig einen Bericht erhält: Name des Arztes:

Zusatzvereinbarung für Behandlungsbeginn **vor der Leistungsbewilligung der Krankenkasse:**

Der Patient verpflichtet sich, die Kosten der Behandlung selbst zu übernehmen, wenn die Behandlung schon vor der Leistungszusage der Krankenkasse begonnen hat, und die Krankenkasse diese Kosten nicht übernimmt.

Bei bestehendem gemeinsamen Sorgerecht ist die **Zustimmung beider Sorgeberechtigten** erforderlich.

Es besteht die Möglichkeit das Behandlungsverhältnis (Vertrag) ohne Einhaltung einer Frist zu beenden. In diesem Falle ist es wünschenswert, die Behandlung in zwei Abschlusssitzungen in guter Weise einvernehmlich abzuschließen.

- Ich habe die **Information zum Datenschutz** erhalten.
- Ich bin damit einverstanden, dass E-Mails als gegenseitiger Kommunikationsweg genutzt werden.
- Ich bin damit einverstanden, dass das Praxisteam der KJP-Rahlstedt unsere Basisdaten (unsere Namen und Kontaktdaten) erhält.

Ort/Datum

Unterschrift
Psychotherapeutin

Unterschrift
PatientIn, Sorgeberechtigte/r