



## Psychotherapievertrag

Nach ausführlicher Information und Aufklärung über die Bedingungen einer ambulanten Psychotherapie wird zwischen Natalie Baltes, nachfolgend Psychotherapeutin genannt, und dem/der

Patient\*in (Name des Kindes): \_\_\_\_\_,

geb. am \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Name der Sorgeberechtigten: \_\_\_\_\_

geb. am \_\_\_\_\_

Adresse (falls abweichend) \_\_\_\_\_

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 privat versichert bei \_\_\_\_\_. Die Psychotherapiekosten werden mir durch die Psychotherapeutin gemäß GOP in Rechnung gestellt und durch mich bei meiner 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.g. Beihilfe/private Krankenversicherung abgerechnet.
- Ich bin in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert und wünsche eine Privatbehandlung mit Kostenerstattung durch meine Krankenkasse. Die Psychotherapiekosten werden mir durch die Psychotherapeutin gemäß GOP in Rechnung gestellt. Ich werde mir bei meiner o.a. Krankenkasse die Kosten gemäß § 13 Abs. 2 II oder 3 III SGB V erstatten lassen.
- 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. Die Bewilligung der psychotherapeutischen Behandlung werde ich unverzüglich der Behandlerin 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. Der Steigerungssatz für mein Sitzungshonorar kann den 2,3-fachen Satz, je nach Komplexität überschreiten. Dies bedeutet, dass möglicherweise nur ein Teil des Sitzungshonorars erstattet wird. Bitte klären Sie dies vor Beginn der Behandlung bei Ihrer privaten Krankenversicherung/Beihilfestelle ab.

Zusätzlich vereinbaren Patient\*in und Psychotherapeutin folgendes: Der/die Patient\*in verpflichtet sich, bei Verhinderung eines vereinbarten Behandlungstermins spätestens 48 Stunden vorher abzusagen. Erfolgt die Terminabsage nicht rechtzeitig, wird der/dem Patient\*in 75€ in Rechnung gestellt. Dieses Ausfallhonorar hat der/die Patient\*in unabhängig von der Art der Versicherung selbst zu zahlen. Eine Kostenerstattung 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 Kommunikationsmittel einverstanden:

- SMS \_\_\_\_\_
- Messenger (z.B. Telegram) \_\_\_\_\_
- Sonstiges \_\_\_\_\_
- E-Mail mit folgender Adresse: \_\_\_\_\_

Diese Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Das Original des Behandlungsvertrages verbleibt in der psychotherapeutischen Praxis. Der\*die Patient\*in erhält eine Kopie.

\_\_\_\_\_  
M.A. Natalie Baltés  
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift  
Jugendliche/r

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift  
Sorgeberechtigte Person

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift  
Sorgeberechtigte Person