Praxis Dr. med. Jana Kern
Fachärztin für Psychosomatik und Psychotherapie
Schützenstraße 32, 89231 Neu-Ulm
Telefon: 0731 - 60 26 28 90 / www.PsychotherapiePraxis-Kern.de

Therapievertrag für Psychosomatik und Psychotherapie

Nach ausführlicher Information und Aufklärung über die Bedingungen einer ambulanten Psychotherapie wird zwischen **Dr. med. Jana Kern** (nachfolgend **Psychotherapeutin** genannt) und
Name: …… , geb. am: ……

Anschrift: ……

……
ggf. Sorgeberechtigte*r mit Anschrift:

…… , geb. am: ……
ggf. abweichender Versicherungsnehmer*in (bei Familienversicherung)

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

Die Therapiekosten der ambulanten Psychotherapie sollen gemäß nachfolgender Erklärung des Patienten bzw. der Patientin abgerechnet werden:

☐ **Ich bin bei der gesetzlichen Krankenversicherung** …….. **versichert.**
Ich wünsche eine Behandlung zu Lasten meiner Krankenkasse, die Abrechnung der Leistungen erfolgt über die Kassenärztliche Vereinigung.

☐ **Ich bin bei der privaten Krankenversicherung** …….. **versichert.**
Die Kosten für die Therapie werden mir durch die Psychotherapeutin gemäß GOP in Rechnung gestellt und durch mich bezahlt. Die Abrechnung gegenüber meiner o. a. privaten Krankenversicherung erfolgt durch mich.

☐ **Ich bin beihilfeberechtigt. Beihilfestelle:** ……
Die Kosten für die Therapie werden mir durch die Psychotherapeutin gemäß GOP in Rechnung gestellt und durch mich bezahlt. Die Abrechnung gegenüber der o. a. Beihilfestelle erfolgt durch mich.

☐ **Ich möchte die Kosten für die Therapie selbst übernehmen.**
Die Kosten für die Therapie werden mir durch die Psychotherapeutin in Anlehnung an die GOP in Rechnung gestellt und durch mich bezahlt.

☐ **Die Kosten für die Therapie werden von folgendem Kostenträger übernommen:**

……..
Ich verpflichte mich, die Kostenübernahme der Therapie durch den Kostenträger zu klären und der Psychotherapeutin die Bewilligung bzw. Ablehnung der therapeutischen Behandlung unverzüglich vorzulegen.

Praxis Dr. med. Jana Kern

Fachärztin für Psychosomatik und Psychotherapie
Schützenstraße 32, 89231 Neu-Ulm
Telefon: 0731 - 60 26 28 90 / www.PsychotherapiePraxis-Kern.de

---

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 Psychotherapeutin persönlich in voller Höhe.
Die Rechnungsstellung erfolgt gemäß GOP. Mir ist bekannt, dass die Kosten der Therapie nicht immer von der Krankenkasse in voller Höhe übernommen werden.

Zusätzlich vereinbaren Patient*in und Psychotherapeutin folgendes:
Der/die Patient*in verpflichtet sich, bei Verhinderung eines vereinbarten Behandlungstermins spätestens **24 Stunden** vorher abzusagen. Erfolgt die Terminabsage nicht rechtzeitig, wird dem Patienten*der Patientin von der Psychotherapeutin ein **Ausfallhonorar** in Höhe von **50€** in Rechnung gestellt. Dieses Ausfallhonorar hat der*die Patient*in unabhängig von der Art der Versicherung selbst zu tragen.

Erklärung zur Kommunikation / 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 per E-Mail oder SMS versendet.
Über die prinzipielle Unsicherheit der verschiedenen elektronischen Kommunikationswege wurde ich informiert.

Ich bin mit der Nutzung folgender Kommunikationswege einverstanden:

☐ Brief unter: ……..

☐ Telefon unter: ……..

☐ E-Mail unter: ……..

☐ SMS unter: ……..

☐ Patienten-App

Ich habe das Merkblatt zur ambulanten Psychotherapie erhalten.
Ich wurde über die Erfassung und Verarbeitung meiner Daten informiert und stimme dieser zu.

Diese Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

……..
Ort, Datum

…….. ……..
Unterschrift Patient*in Unterschrift Dr. med. Jana Kern