



Psychotherapievertrag

Nach ausführlicher Aufklärung über die Bedingungen der ambulanten Psychotherapie wird zwischen
Dr. Julia Giesemann Psychologische Psychotherapeutin (nachfolgend Psychotherapeutin)
und

Frau/Herrn _____, geb. am _____

Adresse _____

(nachfolgend Patient/in genannt)

die Durchführung einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung vereinbart.

§ 1 Kostenregelung und Zahlungspflicht Die Psychotherapiekosten werden gemäß GOP¹ abgerechnet. Der Patient/die Patientin schuldet das Honorar persönlich in voller Höhe, unabhängig von einer Erstattung durch Dritte (private Krankenversicherung, Beihilfe oder gesetzliche Krankenkasse).

Die Psychotherapiekosten werden gemäß der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP) in der jeweils gültigen Fassung und den gemeinsamen Abrechnungsempfehlungen abgerechnet. Der Patient/die Patientin schuldet das Honorar persönlich in voller Höhe, unabhängig von einer Erstattung durch Dritte (private Krankenversicherung, Beihilfe oder gesetzliche Krankenkasse).

Die aktuellen Honorarbeträge sowie Hinweise zu zusätzlichen Leistungen (z. B. biographische Anamnese und Fragebogendiagnostik) sind der beigefügten Kostenübersicht zu entnehmen. Die Kostenübersicht ist Bestandteil dieses Vertrags.

Ich erkläre:

☐ Ich bin privat versichert bei _____.

☐ Ich bin beihilfeberechtigt, Beihilfestelle: _____.

☐ Ich trage die Kosten selbst.

☐ Die Kosten werden von folgendem Kostenträger übernommen:

Der Patient/die Patientin verpflichtet sich, die Kostenübernahme zeitnah zu beantragen und die Bewilligung unverzüglich vorzulegen. Es ist bekannt, dass nicht immer eine vollständige Erstattung erfolgt.

¹ Gebührenordnung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten



§ 2 Ausfallhonorar Vereinbarte Termine sind spätestens **48 Stunden** vorher abzusagen. Bei nicht fristgerechter Absage wird ein Ausfallhonorar von **167,58 €** fällig (2 × GOP A812 zum 2,3-fachen + GOP A801 zum 2,3-fachen Steigerungssatz). Dieses ist vom Patienten/von der Patientin selbst zu tragen. Bei unverschuldetem Verhinderungsgrund gilt die Regelung nicht.

§ 3 Videoleistungen und Aufnahmen Psychotherapeutische Videoleistungen dürfen nicht gespeichert oder mitgeschnitten werden. Aufnahmen sind nur mit ausdrücklichem gegenseitigem Einverständnis zulässig.

§ 4 Kommunikation Für die Kontaktaufnahme mit der Praxis werden folgende Daten genutzt:

Telefon: _____

E-Mail: _____

Doctolib.de

§ 5 Elektronische Kommunikation Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis für Terminabsprachen und organisatorische Angelegenheiten per E-Mail und Doctolib kommuniziert. Sensible Inhalte werden nicht digital übermittelt. Über die Risiken elektronischer Kommunikation bin ich informiert. Diese Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

§ 6 Sonstiges Ich habe das Merkblatt zur ambulanten Psychotherapie erhalten und gelesen. Das Original dieses Vertrags verbleibt in der Praxis, ich erhalte eine Zweitschrift.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient/Patientin

Unterschrift Dr. Julia Giesemann