

Dr. rer. nat. Julia Giesemann
Psychologische Psychotherapeutin

Schäufeleinstraße 5
80687 München

Telefonnr.: 01525 5461586
info@PraxisDrGiesemann.de
www.PraxisDrGiesemann.de

Psychotherapievertrag

Nach ausführlicher Information und Aufklärung über die Bedingungen einer ambulanten Psychotherapie wird zwischen **Dr. Julia Giesemann**, nachfolgend **Psychotherapeutin** genannt,

und

Frau/Herrn _____, geb. am _____

Adresse _____

ggf. Sorgeberechtigte/r _____, geb. am _____

Adresse _____

ggf. Versicherungsnehmer _____, geb. am _____

(bei familienversicherten

Patienten)

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 den Psychotherapeuten bzw. die Psychotherapeutin 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 Psychotherapeuten bzw. die Psychotherapeutin gemäß GOP in Rechnung gestellt und durch mich zu Lasten der o.a. Beihilfe/privaten Krankenversicherung abgerechnet.

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

☐ **Ich bin in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert und wünsche eine Privatbehandlung mit Kostenerstattung durch meine Krankenkasse.**

Die Psychotherapiekosten werden mir durch den Psychotherapeuten bzw. die Psychotherapeutin gemäß GOP in Rechnung gestellt. Ich werde mir bei meiner o. a. Krankenkasse die Kosten gemäß § 13 Abs. 2ii oder 3iii SGB V erstatten lassen.

☐ **Ich möchte die Psychotherapiekosten selbst zahlen.**

Die Psychotherapiekosten werden mir durch den Psychotherapeuten bzw. 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. 2² oder 3 SGB V³) schuldet der Patient/die Patientin das Honorar der Psychotherapeutin 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 Psychotherapeutin folgendes:

Der Patient/die Patientin verpflichtet sich, bei Verhinderung eines vereinbarten Behandlungstermins **spätestens 48 Stunden** vorher abzusagen. Erfolgt die Terminabsage nicht rechtzeitig, wird dem Patienten/der Patientin ein Ausfallhonorar in Höhe von **100,00 €** Rechnung gestellt. Dieses Ausfallhonorar hat der Patient/die Patientin unabhängig von der Art der Versicherung selbst zu zahlen. Eine Kostenerstattung durch die private/gesetzliche Krankenkasse oder Beihilfe findet in diesem Fall nicht statt. Bei Unverschulden gilt diese Vereinbarung nicht.

Der Patient/die Patientin verpflichtet sich **psychotherapeutische Videoleistungen** nicht zu speichern und keine Mitschnitte zu erstellen. **Video- und Audioaufnahmen** von Sitzungen sind nur im gegenseitigen Einverständnis erlaubt.

Zur Kommunikation mit der Praxis bitte ich folgende Kontaktdaten zu nutzen:

☐ Telefon

☐ E-Mail

☐ Doctolib.de

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

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.

Psychologische Diagnostik

Psychometrische Fragebogen werden in der Psychotherapie zur Diagnosestellung sowie zur Erfassung der Veränderung der Symptomatik eingesetzt. Zu diesem Zweck müssen persönliche Daten (Name und Geburtsdatum) an den Hogrefe Verlag weitergeleitet werden. Die Fragebögen werden an die o.g. E-Mail-Adresse versandt.

☐ Hiermit stimme ich der Weiterleitung meiner Daten an den Hogrefe Verlag zum Zweck der Diagnostik und der Evaluierung des therapeutischen Verlaufs zu.

Diese Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Das Merkblatt zur ambulanten Psychotherapie habe ich erhalten und gelesen.

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

Ort

Datum

Unterschrift Patient/in

Unterschrift Dr. Julia Giesemann
Psychologische Psychotherapeutin (nach
PsychTh-AprV) Verhaltenstherapie

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