

Rahmenbedingungen für psychotherapeutische Leistungen

- ersetzt gegebenenfalls alle vorherigen Rahmen- und Behandlungsvereinbarungen bzw. -bedingungen zwischen den beiden Parteien, jedoch nur mit Wirkung für die Zukunft -

geb. am _____

(„Patient/in“)

ggf. gesetzlich vertreten durch (Name, Vorname, ggf. Verwandtschaftsbeziehung):

Straße: _____ Hausnummer: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Psychotherapeut (KJP):
Dipl. Sozialpäd. (FH) Andreas Schopp M.A. phil.,
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut („Therapeut“):

- Die Zustimmung zu diesen Rahmenbedingungen kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen in Bezug auf, und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden -

Der Patient/die Patientin wünscht die Erbringung psychotherapeutischer Leistungen durch den Therapeuten und stimmt den folgenden Rahmenbedingungen zu:

Der Therapeut unterliegt der psychotherapeutischen Schweigepflicht.

Der Therapeut Kenntnis kann von allen Daten und allen Behandlungsunterlagen der bisherigen Behandlung erhalten.

Der Patient/die Patientin erklärt, krankenversichert zu sein und ist einverstanden, dass der Therapeut in Anspruch genommene Leistungen über seine/ihre Krankenkasse abrechnet. Sollte der Patient/ die Patientin entgegen dieser Erklärung jedoch nicht krankenversichert sein, besteht dennoch die Verpflichtung, die in Anspruch genommenen Leistungen zu bezahlen. Dasselbe gilt, falls der Patient privat krankenversichert ist, und die Versicherung die Kosten nicht übernehmen sollte.

Vereinbarte Therapiestunden können bis spätestens 48 Stunden vor dem Termin ohne Nachteile unter der Telefonnummer 089 – 651 85 02 abgesagt werden. Wird die Therapiestunde aufgrund von Krankheit nicht rechtzeitig abgesagt, aber frühestmöglich Bescheid gegeben und nachträglich eine ärztliche Bestätigung vorgelegt, entstehen ebenfalls keine Nachteile. Für alle anderen vereinbarten Therapiestunden, die nicht wahrgenommen werden, bzw. zu spät abgesagt wurden, wird – ungeachtet des Grundes - ein Ausfallhonorar von Euro 55,00 berechnet, das vom Patienten/ von der Patientin selbst zu bezahlen ist.

Bei Notfällen, sowie Abrechnungs-, Mahn- oder Inkassoverfahren dürfen die hierfür erforderlichen Daten an die beauftragten Stellen weitergegeben werden.

Der Patient/die Patientin sorgt dafür, auch kurzfristig telefonisch oder per Mailbox erreichbar zu sein und einen Wechsel der Telefonnummer rechtzeitig bekannt zu geben.

(Bei Minderjährigen ist entsprechend die Betreuungsperson telefonisch erreichbar.)

Telefonnummer: _____

Für die Kommunikation mit der Praxis steht aus datenschutz- und organisationstechnischen Gründen ausschließlich das Praxis-Festnetztelefon (einschließlich Anrufbeantworter, aber keine SMS!) zur Verfügung, sowie der Postweg. Nachrichten auf anderen Kommunikationswegen gelten als nicht übermittelt.

Die Psychotherapie-Information wurde ausgehändigt; sie ist Teil dieser Vereinbarung.

Auf den Praxis-Aushang zum Datenschutz ist hiermit hingewiesen.

Ort, Datum: _____

(Patient/in bzw. gesetzlicher Vertreter) _____

(Unterschrift)