

## Psychotherapie-Vertrag

Praxisstempel

Nach ausführlicher Information und Aufklärung über die Bedingungen einer ambulanten Psychotherapie wird zwischen \_\_\_\_\_ nachfolgend **Psychotherapeut/in** genannt

und

Frau/Herrn \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_

ggf. Sorgeberechtigte/r mit Anschrift \_\_\_\_\_

Versicherungsnehmer/in

(bei familienversicherten Patienten) \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

nachfolgend **Patient/in** genannt

die Durchführung einer psychotherapeutischen Behandlung vereinbart.

Die Psychotherapiekosten der ambulanten Psychotherapie sollen gemäß nachfolgender Erklärung des/der Patienten/in abgerechnet werden:

- Ich bin in der gesetzlichen Krankenversicherung, bei der \_\_\_\_\_ Ich wünsche eine Behandlung zu Lasten meiner Krankenkasse,** die Abrechnung der Leistungen erfolgt über die Kassenärztliche Vereinigung.
- Ich bin privat versichert bei \_\_\_\_\_.** Die Psychotherapiekosten werden mir durch den/die Psychotherapeuten/in gemäß GOP<sup>i</sup> in Rechnung gestellt und durch mich bei meiner o.a. privaten Krankenversicherung abgerechnet.
- Ich bin beihilfeberechtigt, Beihilfestelle: \_\_\_\_\_**  
Die Psychotherapiekosten werden mir durch den/die Psychotherapeuten/in gemäß GOP in Rechnung gestellt und durch mich zu Lasten der o.a. Beihilfe/privaten Krankenversicherung abgerechnet.
- Ich bin in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert und wünsche eine Privatbehandlung mit Kostenerstattung durch meine Krankenkasse.**  
Die Psychotherapiekosten werden mir durch den/die Psychotherapeuten/in gemäß GOP in Rechnung gestellt. Ich werde mir bei meiner o.a. Krankenkasse die Kosten gemäß § 13 Abs. 2<sup>ii</sup> oder 3<sup>iii</sup> SGB V erstatten lassen.
- Ich möchte die Psychotherapiekosten selbst zahlen.**  
Die Psychotherapiekosten werden mir durch den/die Psychotherapeuten/in 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 dem/der Behandler/in 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 der/dem Psychotherapeutin/en 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 Psychotherapeut/in folgendes:**

Der/die Patient/in verpflichtet sich, bei Verhinderung einen vereinbarten Behandlungstermin spätestens \_\_\_\_\_ Stunden vorher abzusagen. Erfolgt die Terminabsage nicht rechtzeitig, wird dem/der Patienten/in \_\_\_\_\_ % von dem/der Psychotherapeuten/in zustehenden Honorar in Rechnung gestellt. Dieses Ausfallhonorar hat der/die Patient/in unabhängig von der Art der Versicherung selbst zu zahlen. Eine Kostenerstattung durch die private oder gesetzliche Krankenkasse oder Beihilfe findet in diesem Fall nicht statt.

**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 Kommunikationswege einverstanden:**

- SMS \_\_\_\_\_
- WhatsApp \_\_\_\_\_
- Threema \_\_\_\_\_
- Sonstiges \_\_\_\_\_
- E-Mail, mit folgender E-Mail-Anschrift  
\_\_\_\_\_

Diese Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

**Das Merkblatt zur ambulanten Psychotherapie habe ich erhalten und gelesen.**

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

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Psychotherapeut/in

<sup>i</sup> Gebührenordnung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten  
<sup>ii</sup> Kostenerstattungsvereinbarung mit der gesetzlichen Krankenkasse gem. § 13 Abs. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)  
<sup>iii</sup> Kostenerstattung der gesetzlichen Krankenkasse bei selbstbeschaffter Leistung gem. § 13 Abs. 3 SGB V