



Behandlungsvertrag

zwischen

Name, Vorname: _____ Geb. Datum: _____

PLZ, Wohnort: _____ Straße, Nr.: _____

Telefon / E-Mail: _____

und

Rita Heinen, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie

Es wird folgender Behandlungsvertrag geschlossen:

Der Patient nimmt in der Praxis eine psychotherapeutische Behandlung oder eine Beratung - in Form einer Einzel-, Familien- oder Paartherapie/-Beratung - einschließlich der dazu notwendigen Diagnostik und Testverfahren in Anspruch.

Der Patient ist darüber aufgeklärt, dass die Psychotherapie keine körperliche Untersuchung und Behandlung durch einen Arzt ersetzt und er bei Beschwerden mit Krankheitswert aufgefordert ist, sich in ärztliche Behandlung zu begeben.

Er ist darüber aufgeklärt, dass er sich unentgeltlich zur Beratung in eine Beratungsstelle begeben kann oder zur psychotherapeutischen Behandlung in die Praxis eines seitens der Krankenkassen anerkannten niedergelassenen Psychotherapeuten.

Honorar

Die Eltern, bzw. die Patientin, der Patient entrichtet an die Praxis die anfallende Honorarrechnung in Höhe von..... für Einzelsitzungen zu einer Zeitstunde oder für Gespräche mit Bezugspersonen in Höhe von in bar, direkt im Anschluss an die Sitzung.

Als Privatpatient ist er darüber informiert, dass in der Praxis für Psychotherapie nach dem HeilprG keine Zulassung zur Kostenübernahme durch gesetzliche Krankenkassen und Beihilfestellen besteht. Der Patient leitet eigenverantwortlich das Kostenerstattungsverfahren mit einem möglichen Kostenträger ein und informiert sich über das Genehmigungsverfahren. Eine Nichterstattung der Kosten durch den Kostenträger hat keinen Einfluss auf die vereinbarte Kostenstellung durch die Praxis.

Kündigung

Der Behandlungsvertrag kann jederzeit, ohne dass es einer Begründung bedarf, zum letzten vereinbarten Termin formlos gekündigt werden, mindestens jedoch 48 Stunden vorher.

Ausfallhonorar

Bei nicht in Anspruch genommenen Behandlungsterminen oder einer Terminabsage weniger als 48 Stunden vor dem vereinbarten Termin entrichtet der Patient 100% des vereinbarten Honorars.

Refrath, Datum

Rita Heinen

Unterschrift des Patienten / gesetzlichen Vertreters