

Am Klingenberg 34
22587 Hamburg

Tel.: 0176 – 907 12 353

Arbeitsvereinbarung und Aufklärung über die Kosten bei gesetzlich Versicherten

Name des Kindes/Jgdl.: _____

Name u. Telefon Mutter: _____

Name u. Telefon Vater: _____

Adresse Rechnungs-
empfänger/-in: _____

1. Der Patient / die Patientin bzw. die erziehungsberechtigten Personen beauftragen Frau Susanne Korth-Bolinski im Rahmen der gesetzlich gültigen Bestimmungen des Psychotherapeutengesetzes und der Psychotherapierichtlinien sowie sonstiger anzuwendender gesetzlicher Regelungen und Verordnungen mit der Durchführung einer psychotherapeutischen Diagnostik (Probatorik) und ggf. einer psychotherapeutischen Behandlung.
2. Die Gebühren hierfür richten sich nach dem in Hamburg gültigen EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab).
3. Eine Sitzung dauert 50 Minuten.
4. Für vereinbarte Sitzungstermine, die nicht in Anspruch genommen werden oder weniger als 24 Stunden vorher abgesagt werden, wird ein Ausfallhonorar in Höhe von 60,00 € berechnet. Die Berechnung entfällt, wenn der Termin von jemand anderem übernommen wird.
5. Die Kostenübernahme durch die Krankenkasse kann in Ausnahmefällen im Rahmen des sogenannten Kostenerstattungsverfahrens erfolgen. Frau Korth-Bolinski ist bei der Klärung einer Bewilligung der Kostenübernahme durch Ihre Krankenversicherung behilflich.
6. Rechnungen werden meist am Monatsende gestellt. Der Patient / die Patientin bzw. die Erziehungsberechtigten sind als Vertragspartner unabhängig von der Erstattung durch die Krankenkasse für eine vollständige Erstattung der Rechnung verantwortlich.

Ich/Wir habe/n die Vereinbarung zur Kenntnis genommen und bin/sind zu deren Beachtung bereit.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/Patientin bzw. Erziehungsberechtigte