

Am Klingenberg 34
22587 Hamburg

Tel.: 0176 – 907 12 353

Arbeitsvereinbarung und Aufklärung über die Kosten bei privat 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 der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP).
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. Da die Vertragsbedingungen bei privaten Krankenversicherungen sehr variieren, sollten Sie sich bereits im Vorfeld über die genauen Regularien bei Ihrer privaten Krankenversicherung oder der Beihilfe erkundigen.
6. Rechnungen werden meist am Monatsende gestellt. Der Patient / die Patientin bzw. die Erziehungsberechtigten sind als Vertragspartner unabhängig von der Erstattung durch die Versicherung oder Beihilfe für eine vollständige Erstattung der Rechnung verantwortlich. Sollte jemand in einer besonderen finanziellen Situation dazu nicht in der Lage sein, so ist dieses rechtzeitig zu besprechen, damit gemeinsam eine von dieser Verpflichtung abweichende Regelung getroffen werden kann.

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

Ort, Datum

Unterschrift Patient/Patientin bzw. Erziehungsberechtigte