

PRAXISFORMULAR

Honorarvereinbarung nach § 2 GOÄ über psychotherapeutische Leistungen

Praxisstempel

M.Sc.-Psych. Michael Schubert
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (VT)
Praxis am Wald
Am Wald 7 – 66787 Wadgassen
Tel. 06834/9561350
LANR: 4650831

Hiermit wird zwischen den Parteien

Herrn M.Sc.-Psych. Michael Schubert

und

Frau/Herrn _____

vereinbart,

dass unabhängig von der Erstattung durch Dritte, z.B. Private Krankenversicherung, Beihilfe, gesetzliche Krankenversicherung gem. § 13 Abs. 2 SGB V bzw. § 13 Abs. 3 SGB V (Kostenerstattung bei Privatbehandlung) nach persönlicher Absprache für die psychotherapeutische Sitzung gemäß der

GOÄ/GOP der **Steigerungsfaktor für die Ziffer 870¹ 3,0 beträgt**. Dies entspricht einem Betrag von **131,15 €**.

Alle weiteren Ziffern werden nach dem Regelsatz abgerechnet.

Die/der Patient*in schuldet das Honorar persönlich in voller Höhe gemäß Rechnungslegung gegenüber dem Psychotherapeuten. Die Honorierung des Psychotherapeuten richtet sich nach GOP/GOÄ.


Bitte beachten Sie, dass hier ein Kostenanteil für Sie je nach Ihrem Versicherungsschutz entstehen kann!

Wadgassen

Ort

Unterschrift Patient*in

Datum



Unterschrift Kinder- und
Jugendlichenpsychotherapeut

¹ 870 GOÄ (Verhaltenstherapie, Einzelbehandlung, Dauer mindestens 50 Minuten – ggf. Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten)