



Rahmenvereinbarung

Zwischen Herrn M.Sc.-Psych. Michael Schubert

und

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum

Anschrift

Telefon

Name, Vorname des Sorgeberechtigten

Geburtsdatum

Anschrift, Tel, falls abweichend

Name, Vorname des 2. Sorgeberechtigten

Geburtsdatum

Anschrift, Tel, falls abweichend

wird die Durchführung einer psychotherapeutischen Behandlung vereinbart.

Kostenübernahme

- Die Psychotherapiekosten der ambulanten Psychotherapie sollen gemäß nachfolgender Erklärung des/der Patienten/in abgerechnet werden:
- Ich bin privat versichert. Die Psychotherapiekosten werden mir gemäß GOP in Rechnung gestellt.
- Ich bin beihilfeberechtigt. Die Psychotherapiekosten werden mir gemäß GOP in Rechnung gestellt.
- Ich möchte die Psychotherapiekosten selbst zahlen. Sie werden mir gemäß GOP in Rechnung gestellt.

Ausfallhonorar

Der/die PatientIn / Sorgeberechtigte verpflichtet sich, bei Verhinderung einen vereinbarten Behandlungstermin spätestens **24 Stunden vorher abzusagen**. Erfolgt die Terminabsage nicht rechtzeitig, werden **60 Euro** von dem zustehenden Honorar in Rechnung gestellt. Das Ausfallhonorar ist 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:

- Anruf _____
Nummer
- SMS _____
Nummer
- E-Mail _____
Adresse
- WhatsApp _____
Nummer

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. Eine Zweitschrift wurde ausgehändigt.

Wadgassen,

Unterschrift Sorgeberechtigter

Unterschrift des 2. Sorgeberechtigten

M.Sc.-Psych. Michael Schubert

Unterschrift Patient*in

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

Praxis am Wald

M.Sc.-Psych. Michael Schubert
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (VT)
Am Wald 7
66787 Wadgassen



06834/9561350



06834/9618620



info@michaelschubert.saarland