



# Rahmenvereinbarung

Nach ausführlicher Information und Aufklärung über die Bedingungen einer ambulanten Psychotherapie wird zwischen der Praxis am Wald

und

---

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum

(stellvertretend durch die Sorgeberechtigten)

die Durchführung einer psychotherapeutischen Behandlung vereinbart.

## Kostenübernahme

Die Psychotherapiekosten der ambulanten Psychotherapie sollen gemäß nachfolgender Erklärung des/der Patienten/in abgerechnet werden:

- Ich wünsche eine Behandlung zu Lasten meiner gesetzlichen Krankenkasse, die Abrechnung der Leistungen erfolgt über die Kassenärztliche Vereinigung.
- Ich bin privat versichert. Die Psychotherapiekosten werden mir gemäß GOP in Rechnung gestellt und durch mich bei meiner o.a. privaten Krankenversicherung abgerechnet.
- Ich bin beihilfeberechtigt, Beihilfestelle: \_\_\_\_\_  
Die Psychotherapiekosten werden mir gemäß GOP in Rechnung gestellt und durch mich zu Lasten der o.a. Beihilfe/privaten Krankenversicherung abgerechnet.
- Ich möchte die Psychotherapiekosten selbst zahlen. Sie werden mir gemäß GOP in Rechnung gestellt.

## Ausfallhonorar

Der/die Patient\*in / 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

Diese Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Das Original des Behandlungsvertrages verbleibt in der psychotherapeutischen Praxis. Eine Zweitschrift wurde ausgehändigt.

Wadgassen, den

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigter

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des 2. Sorgeberechtigten

\_\_\_\_\_  
Praxis am Wald

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient\*in

Praxis am Wald  
Hr. M.Sc.-Psych. Michael Schubert  
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (VT)

Am Wald 7 – 66787 Wadgassen  
Tel.: 06834/9561350 Fax: 06834/9618620  
info@michaelschubert.saarland

BSNR: 73-69-917-00

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



06834/9561350



06834/9618620



info@michaelschubert.saarland