



Vereinbarung über die Durchführung einer Psychotherapie

Patient/in: geb.:

Erziehungsberechtigte (bei gemeinsamer Sorge beide Elternteile):

Name:

Adresse:

1. Die/der behandelnde/r Therapeut/in hat mit mir/uns die Möglichkeiten und Arbeitsweise einer Psychotherapie erörtert. Es wurde darauf hingewiesen, dass für die wissenschaftliche Fundierung der Therapie psychologische Fragebögen von den Eltern und dem Kind/Jugendlichen auszufüllen sind.
2. Die Diagnose wurde uns mitgeteilt.
3. Die Behandlungssitzung dauert in der Regel 50 Minuten und findet zu festen, vorher vereinbarten Zeiten statt.
4. Einen Wechsel der Krankenkasse bzw. Ungültigkeit der Versicherungskarte teilen die Eltern dem Therapeuten unmittelbar schriftlich mit.
5. Die Aufsichtspflicht des Therapeuten endet mit dem Ende der Therapiestunde. Werden die Kinder/Jugendlichen nicht pünktlich abgeholt, kann eine unbeaufsichtigte Wartezeit (auch vor dem Haus) entstehen.
6. Für therapeutische Zwecke können auch Therapiestunden außer Haus stattfinden.
7. Video- und Audiodokumentationen der Therapiestunden sind integraler Bestandteil der Therapie.
8. Vereinbarte Termine sind verbindlich, Ausfallstunden sind zu bezahlen. Erfolgt die Absage kurzfristiger als 2 Arbeitstage zuvor, so sind € 99,78,- Ausfall-Honorar zu entrichten (wird von der Kasse nicht erstattet). Bei Vorlage eines ärztlichen Attests gilt diese Regelung nicht.
9. Obige Vereinbarung habe ich zur Kenntnis genommen, in Kopie erhalten und erkläre mich mit ihrem Inhalt einverstanden.

....., den.....
(Ort) (Datum)

.....
K. Schlick, KJP
M. Gerling, KJP
L. Klingelhöfer, KJP
S. Nock, KJP

.....
Unterschrift PatientIn bzw. gesetzlicher
Vertreter