



Psychotherapie-Vertrag

Nach ausführlicher Information und Aufklärung über die Bedingungen einer ambulanten Psychotherapie wird zwischen **Hüseyin Tunc** nachfolgend Psychotherapeut genannt **und**

Frau/Herrn _____ geb. am: _____

Anschrift _____

(nachfolgend Patient*in genannt) die Durchführung einer psychotherapeutischen Behandlung vereinbart.

Versicherungsnehmer/in (bei familienversicherten Patienten) mit Anschrift:

_____ geb. am: _____

ggf. Sorgeberechtigte*r mit Anschrift (falls abweichend): _____

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

Ich bin in der gesetzlichen Krankenversicherung, bei der _____
Ich wünsche eine Behandlung zu Lasten meiner Krankenkasse, die Abrechnung der Leistungen erfolgt über die Kassenärztliche Vereinigung.

Ich bin privat versichert bei _____. Die Psychotherapiekosten werden mir durch den Psychotherapeuten gemäß GOP in Rechnung gestellt und durch mich bei meiner o.a. privaten Krankenversicherung abgerechnet.

Ich bin beihilfeberechtigt, Beihilfestelle: _____
Die Psychotherapiekosten werden mir durch den Psychotherapeuten gemäß GOP in Rechnung gestellt und durch mich zu Lasten der o.a. Beihilfe/privaten Krankenversicherung abgerechnet.

Ich möchte die Psychotherapiekosten selbst zahlen. Die Psychotherapiekosten werden mir durch den Psychotherapeuten gemäß GOP in Rechnung gestellt.

Die Psychotherapiekosten werden von folgendem Kostenträger übernommen:



Praxis Tunc

Zusätzlich vereinbaren Patient*in und Psychotherapeut folgendes:

Der/die Patient*in verpflichtet sich, bei Verhinderung einen vereinbarten Behandlungstermin spätestens **24** Stunden vorher abzusagen. Erfolgt die Terminabsage nicht rechtzeitig, wird dem/der Patient*in das zustehende Honorar zu **100 %** in Rechnung gestellt. Dieses Ausfallhonorar hat der/die Patient*in 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:

- Telefon _____
- SMS _____
- Signal _____
- Sonstiges _____
- E-Mail, mit folgender E-Mail-Anschrift:

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. Der/die Patient*in erhält eine Zweitschrift.

Ort, Datum

Unterschrift Patient*in/Sorgeberechtigte

Unterschrift Psychotherapeut

Dipl.-Päd. Hüseyin Tunc
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
Verhaltenstherapeut

A Pflugfelder Str. 4 - 71636 LB
M info@praxis-tunc.de
T + 49 171 8034019
W www.praxis-tunc.de

Bankverbindung:
Deutsche Apotheker- u. Ärztebank
IBAN: DE06 3006 0601 0045 9621 42
BIC: DAAEDEDXXX

BSNR: 617116400
LANR: 635964869