



Sehr geehrte Patienten, sehr geehrte Eltern, sehr geehrte Erziehungsberechtigte!

Da es sich bei meiner psychotherapeutischen Praxis um eine Terminpraxis handelt, bitte ich Sie, die folgenden Punkte zu beachten:

1. Der mit Ihnen vereinbarte Termin wird nur für Sie freigehalten, wobei Ihnen eine Sitzungsdauer von 50/25 Minuten garantiert wird. Kommen Sie verspätet zu einem Termin, so kann ich Ihnen nur noch die Restzeit für Ihre Sitzung anbieten. Meinerseits bemühe ich mich ebenfalls zu einer pünktlichen Einhaltung der Termine, behalte mir jedoch auch etwaige Terminverzögerungen vor, da dies manchmal durch Kriseninterventionen oder andere unaufschiebbare Zwischenfälle nicht ausgeschlossen werden kann.
2. Nehmen Sie den Termin nicht wahr, ohne mindestens 2 Werktage vorher abgesagt zu haben, so muss ich Ihnen den Honorarausfall in Rechnung stellen, da erfahrungsgemäß der reservierte Termin dann oft nicht mehr anderweitig vergeben werden kann. (Haben Sie einen Termin Montag oder Dienstag, so müssten Sie spätestens Freitag absagen)
3. Diese Zahlungsverpflichtung tritt jedoch nicht in Kraft, wenn Sie bettlägerig erkrankt sind (Nachweis durch ärztliches Attest bleibt vorbehalten) oder durch höhere Gewalt an der Wahrnehmung des Termins gehindert wurden.
4. Sollte die Krankenkasse aus Gründen, die in Ihrem Verschulden liegen (z. B. Wechsel der Kasse, nicht versichert, o. ä.) die Kosten für die Therapie nicht übernehmen, so besteht für Sie eine Zahlungspflicht über die bereits stattgefundenen Sitzungen.

Wir weisen Sie auf folgendes hin:

Sollten Sie beabsichtigen die Krankenkasse zu wechseln -oder gewechselt haben- informieren Sie uns bitte unmittelbar über diesen Wechsel. Wenn Sie Ihrer Informationspflicht nicht nachkommen wird Ihre neue Krankenkasse die Kosten nicht übernehmen, da wir vor Weiterführung der Therapie einen Antrag dort stellen müssen. In diesem Fall müssen Sie selbst für die bisher durchgeführten Stunden aufkommen und erhalten hierüber eine Privatrechnung von uns. Es gilt der aktuelle Satz für Privatversicherte.

5. Unterbrechungen der Therapie müssen mit mir abgesprochen werden. Sagen Sie z. B. wegen Krankheit einen Termin ab und es wurde dabei keine längere Unterbrechung der Therapie vereinbart und Sie melden sich dann nicht, so behalte ich es mir vor, den für Sie reservierten Therapieplatz weiter zu vergeben.

Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie von den Geschäftsbedingungen Kenntnis genommen haben und damit einverstanden sind.

Name Erziehungsberechtigte *er: _____

Name des Patienten (Kindes) _____

Anschrift: _____

Datum

Unterschrift