

Ann-Christin Deneke  
Psychotherapeutische Praxis für Kinder und Jugendliche  
Alte Holstenstraße 69  
21029 Hamburg  
www.KJP-Deneke.de

## Behandlungsvertrag

Nach ausführlicher Information und Aufklärung über die Bedingungen einer ambulanten Psychotherapie wird zwischen

Ann-Christin Deneke, Dipl.-Päd., Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin

(nachfolgend Psychotherapeutin genannt) und

\_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

ggf. Sorgeberechtigte/r mit Anschrift \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Versicherungsnehmer/in (bei familienversicherten Patienten) \_\_\_\_\_  
(nachfolgend Patient\*in genannt) die Durchführung einer psychotherapeutischen Behandlung vereinbart.

### Psychotherapiekosten

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

- Ich bin privat versichert bei \_\_\_\_\_.  
Die Psychotherapiekosten werden mir durch den/die Psychotherapeuten/in 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/die Psychotherapeuten/in gemäß GOP in Rechnung gestellt und durch mich zu Lasten der o.a. Beihilfe/privaten Krankenversicherung abgerechnet.
- Ich bin in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert und wünsche eine Privatbehandlung mit Kostenerstattung durch meine Krankenkasse. Die Psychotherapiekosten werden mir durch den/die Psychotherapeuten/in gemäß

GOP in Rechnung gestellt. Ich werde mir bei meiner o.a. Krankenkasse die Kosten gemäß § 13 Abs. 2ii oder 3iii SGB V erstatten lassen.

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

Unabhängig von der Erstattung durch Dritte (z.B. private Krankenversicherung, Beihilfe, gesetzliche Krankenversicherung bei § 13 Abs. 2 oder 3 SGB V) schuldet der/die Patient\*in das Honorar der Psychotherapeutin persönlich in voller Höhe. Die Rechnungslegung erfolgt gemäß GOP. Mir ist bekannt, dass die Therapiekosten nicht immer von der Krankenkasse in voller Höhe übernommen werden.

### Terminabsagen

Ich bin darüber in Kenntnis gesetzt worden, dass mir für vereinbarte Termine, die nicht spätestens 48h **werktags** vor Terminbeginn per Mail (wenn vereinbart) oder über die Mailbox abgesagt wurden, ein Ausfallhonorar in Höhe von 48,68 € in Rechnung gestellt wird. Dies gilt auch im Krankheitsfall und für Termine, die aufgrund von Unpünktlichkeit auf Patientenseite nicht im vollen Umfang durchgeführt werden können. Im Falle des Verzugs werden weitere Termine ausgesetzt. In jedem Fall bemüht sich die Psychotherapeutin darum, den abgesagten Termin anderweitig zu vergeben, um ein Ausfallhonorar für den Patienten und einen Verdienstausschlag für die Therapeutin zu verhindern.

Bei nicht absehbaren Verhinderungen von Therapeutenseite aus kann es zu kurzfristigen Absagen kommen, um die Kontinuität der Termine zu gewährleisten und einen Verdienstausschlag zu vermeiden.

### Datenschutz und Schweigepflicht

Ich bin über die Datenverarbeitung gemäß DSGVO in der Praxis von Frau Ann-Christin Deneke aufgeklärt worden und erkläre mich hiermit einverstanden. Die Informationen zur Datenverarbeitung in der Praxis wurden mir schriftlich ausgehändigt.

Ich wurde/wir wurden darüber informiert, dass die Qualität der Behandlung über externe Super- und Intervision gewährleistet wird. In diesem Rahmen werden Daten vertraulich behandelt und eine hinreichende Anonymität gewahrt.

### 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:

SMS, mit folgender/n Nummer/n

---

E-Mail, mit folgender E-Mail-Anschrift

---

Sonstiges

---

Diese Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen.

---

Ort, Datum, Unterschrift Patient\*in

---

Ort, Datum, Unterschrift aller Sorgeberechtigten

---

Ort, Datum, Unterschrift Psychotherapeutin