

# Psychotherapeutische Praxis für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene

Jan Jensen

Diplom-Psychologe

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (Verhaltenstherapie)

## Ausfallhonorar

Patient\*in (Name, Vorname) : \_\_\_\_\_

Geburtsdatum : \_\_\_\_\_

Die Psychotherapeutische Praxis für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene ist eine Terminpraxis ohne offene Sprechstunden. Vereinbarte Behandlungszeiten werden für die Patient\*innen fest und verbindlich reserviert. Entsprechend gilt für Patient\*innen aufgrund des Bestellsystems für vereinbarte Behandlungstermine eine **Absagefrist mit Ausfallhaftung**. Dazu werden die folgenden Bedingungen verbindlich vereinbart:

1. Bei Einzelsitzungen oder Bezugspersonengesprächen mit einer vereinbarten **Sitzungsdauer von mind. 50 Minuten** besteht eine **Absagefrist von 2 Werktagen** (Montag bis Freitag, jeweils volle 24 Stunden). Auch bei Gruppensitzungen, Doppelsitzungen oder einer Kombination von Einzelsitzung und Bezugspersonengespräch mit einer vereinbarten **Sitzungsdauer von mind. 100 Minuten** besteht eine **Absagefrist von 2 Werktagen** (Montag bis Freitag, jeweils volle 24 Stunden). Dies bedeutet, dass z.B. bei einem Termin am Mittwoch um 15.00 Uhr die Absage bis spätestens Montag um 15.00 Uhr oder bei einem Termin am Montag um 11.00 Uhr die Absage bis spätestens Freitag um 11.00 Uhr erfolgen muss.
2. Die Terminabsage muss **telefonisch** auf der Ihnen mitgeteilten Telefonnummer der Praxis (04621 – 30 750 70) erfolgen. Sofern der Praxisempfang nicht persönlich besetzt ist, kann eine entsprechende Nachricht auf dem Anrufbeantworter hinterlassen werden. Eine Terminabsage per Email oder per Fax ist nicht möglich.
3. Sollte ein vereinbarter Gesprächstermin ohne Einhaltung der Absagefrist versäumt werden, so wird ein **Ausfallhonorar von 85,00 €** berechnet.
4. In Fällen **akuter körperlicher Erkrankung** (z.B. fieberhafter Infekt, Grippe, usw.) wird auf die **Berechnung eines Ausfallhonorars verzichtet**. Die Praxis behält sich vor, bei Häufung solcher Absagen **ggf. ein ärztliches Attest** zu verlangen.
5. Die **Rechnungsstellung** des Ausfallhonorars erfolgt **unmittelbar nach nicht erfolgter bzw. bei zu spät erfolgter Absage** mit einem Zahlungsziel von 7 Tagen.
6. Bei wiederholter Absage von vereinbarten Terminen erfolgt eine **Beendigung der Therapie** unter Benachrichtigung des Kostenträgers.

**Ich bin / wir sind über die oben dargestellten Vereinbarungen zum Ausfallhonorar ausführlich informiert worden und stimmen dieser Ausfallhonorarvereinbarung ausdrücklich zu.**

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

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

\_\_\_\_\_  
Sorgeberechtigte/r

\_\_\_\_\_  
Sorgeberechtigte/r