

Anmeldebogen (KJP)

Patient*in Kind/Jugendliche*r	Sorgeberechtigte*r Hauptversicherte*r	Sorgeberechtigte*r
----------------------------------	--	--------------------

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ & Ort: _____

Tel. (Privat/Mobil): _____

Bitte geben Sie hier eine Telefonnummer an, unter der wir Sie direkt erreichen können und eine Nachricht hinterlassen dürfen.

E-Mail: _____

Mit der Angabe Ihrer E-Mail-Adresse erklären Sie sich einverstanden, dass auch eine Korrespondenz via E-Mail von Ihnen gewünscht wird. Die Praxis Prof. Dr. Fegg + Kollegen übernimmt keine Haftung für die Datensicherheit beim E-Mail Austausch. Die Einwilligung können Sie jederzeit schriftlich widerrufen.

Ich willige hiermit einem digitalen Rechnungsversand per E-Mail ein

Krankenversicherung: _____ seit: _____

Empfohlen von: _____

Therapievertrag

Zwischen der Gemeinschaftspraxis für Psychotherapie, Prof. Dr. Fegg + Kollegen, Sonnenstr. 10, 80331 München, nachfolgend – **Gemeinschaftspraxis** – genannt und umseitig bezeichnetem Patienten (ggf. vertreten durch seine Sorgeberechtigten), nachfolgend – **Patient** – genannt, wird die Durchführung einer psychotherapeutischen Behandlung vereinbart.

Die Kosten der ambulanten Psychotherapie sollen gemäß nachfolgender Erklärung des Patienten abgerechnet werden:

- Ich bin privat versichert.**
- Ich bin beihilfeberechtigt.**
- Ich bin in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert und wünsche eine Privatbehandlung.**
- Ich möchte die Psychotherapiekosten unabhängig von meiner Versicherung selbst zahlen.**

Die Psychotherapiekosten werden mir durch die Gemeinschaftspraxis gemäß der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP) in Rechnung gestellt. Die psychotherapeutischen Sitzungen werden gem. der GOP (Ziffer 870 bzw. 861) mit einem Steigerungsfaktor von 3,0 – 3,5fach abgerechnet.

Unabhängig von der Erstattung durch Dritte (z.B. Private Krankenversicherung, Beihilfe, gesetzliche Krankenversicherung bei §13 Abs. 2 SGB V) schuldet der Patient das Honorar persönlich in voller Höhe gegenüber der Gemeinschaftspraxis innerhalb von vier Wochen nach Rechnungslegung. Mir ist bekannt, dass eine Erstattung nicht garantiert werden kann.

Zusätzlich vereinbaren Patient und Gemeinschaftspraxis:

Der Patient verpflichtet sich, bei Verhinderung einen vereinbarten Behandlungstermin **spätestens 48 Stunden** vor dem Termin abzusagen. Erfolgt die Terminabsage nicht rechtzeitig innerhalb der vorgenannten Frist, wird dem Patienten ein **Ausfallhonorar in Höhe von 100€** in Rechnung gestellt. Dieses Ausfallhonorar hat der Patient unabhängig von der Art der Versicherung selbst zu zahlen. Eine Kostenersatzung durch die private oder gesetzliche Krankenkasse oder Beihilfe findet in diesem Fall nicht statt.

Therapievertrag (Fortsetzung)

Hiermit erklären wir uns mit der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung unseres Kindes in der Gemeinschaftspraxis für Psychotherapie, Prof. Dr. Fegg + Kollegen einverstanden.

Wir sind damit einverstanden, dass unser Kind alleine bzw. in Begleitung nur eines Sorgeberechtigten zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung kommt: **Ja Nein (bitte ankreuzen)**

Wir erklären uns bereit, innerhalb der probatorischen Sitzungen gemeinsam zu einem Aufklärungsgespräch zur Psychotherapie zu kommen: **Ja Nein (bitte ankreuzen)**

Sorgeberechtigte*r sind: **Vater Mutter _____ (bitte ankreuzen)**

Falls das gemeinsame Aufklärungsgespräch nicht erfolgen kann, stimmen wir zu, dass nur ein Sorgeberechtigter über das Zustandekommen der Psychotherapie entscheidet und den anderen Sorgeberechtigten über die Inhalte des Aufklärungsgesprächs informiert.

München, den _____

Unterschrift Patient*in

Hauptversicherte*r

1. Sorgeberechtigte*r

2. Sorgeberechtigte*r

Gemeinschaftspraxis für Psychotherapie