Elena Baur
Praxis für Gruppentherapie

Diagnostik-Vertrag

Zwischen **Elena Baur,** nachfolgend **Psychotherapeutin** genannt,

und _____ geb. am _____

Adresse _____

Mail _____ Telefon _____

werden die Durchführung von einer oder mehreren **psychotherapeutischen Sprechstunden**, sowie gegebenenfalls **probatorischer Sitzungen** vereinbart. Zudem erfolgt die Abrechnung einer **Biographischen Anamnese** sowie von **standardisierter Testdiagnostik**. Die Kosten sollen gemäß nachfolgender Erklärung des*der Patient*in abgerechnet werden:

☐ **Ich befinde mich nicht in laufender Psychotherapie** und wünsche die Abrechnung **zu Lasten meiner gesetzlichen Krankenkasse,** die Abrechnung der Leistungen erfolgt über die Kassenärztliche Vereinigung.

☐ **Ich befinde mich in laufender Psychotherapie** und wünsche die Abrechnung **zu Lasten meiner gesetzlichen Krankenkasse**, die Abrechnung der Leistungen erfolgt über die Kassenärztliche Vereinigung.

☐ Mir liegt eine **schriftliche Bestätigung** meiner Krankenkasse für die Übernahme der Kosten vor.

☐ Mir liegt keine **schriftliche Bestätigung** meiner Krankenkasse für die Übernahme der Kosten vor. Mir ist bekannt, dass die Krankenkasse bis zu drei Jahre nach der Diagnostik bereits gezahlte Beträge von der Therapeutin zurückfordern kann. Sollte das passieren, wird mir dieser Betrag in Rechnung gestellt.

☐ **Ich bin privat versichert/beihilfeberechtigt bei** _____. Die Psychotherapiekosten werden mir durch die Psychotherapeutin gemäß GOP[i] in Rechnung gestellt und durch mich bei meiner o.a. privaten Krankenversicherung abgerechnet. Mir ist bewusst, dass ich bei Nicht- oder Teilerstattung durch die Krankenkasse den Betrag selbst bezahlen muss.

☐ **Ich möchte die Diagnostikkosten selbst zahlen.** Die Psychotherapiekosten werden mir durch die Psychotherapeutin gemäß GOP[i] in Rechnung gestellt.

☐ Ich wünsche einen **Kurzbefund** (GKV: keine zusätzlichen Kosten; PKV/Beihilfe/Selbstzahler: GOÄ-Nr. 75 à 17,43 €).

☐ Ich wünsche einen **ausführlichen schriftlichen Befund** (wird nicht von GKV übernommen und mir privat in Rechnung gestellt; GKV/PKV/Beihilfe/Selbstzahler: GOÄ-Nr. 85 à 67,03 €).

Unabhängig von der Erstattung durch Dritte (z.B. private Krankenversicherung, Beihilfe, gesetzliche Krankenversicherung) schulde ich das Honorar der Psychotherapeutin persönlich in voller Höhe. Mir ist bekannt, dass die Diagnostikkosten nicht immer von der Krankenkasse (in voller Höhe) übernommen werden.

Ich verpflichte mich, bei Verhinderung eines vereinbarten Termins **spätestens 48 Stunden vorher** abzusagen. Erfolgt die Terminabsage nicht rechtzeitig – unabhängig des Grundes - wird mir 80 % von dem der Psychotherapeutin zustehenden Honorar in Rechnung gestellt. Dieses **Ausfallhonorar** habe ich 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. Bei Erkrankung ist das Ausweichen auf eine **Videosprechstunde** auch kurzfristig möglich.

Ich erkläre mich mit der Nutzung von Telefon, SMS, E-Mail und Post einverstanden. **Die Erklärung zum Bundesdatenschutzgesetz (einzusehen unter https://gruppentherapie-muenster.de/datenschutz/) habe ich gelesen.**

_____	_____
Ort	Datum
_____	_____
Unterschrift Patient*in	Unterschrift Psychotherapeutin

[i] Gebührenordnung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder– und Jugendlichenpsychotherapeuten

Praxis für Gruppentherapie
Kirchstraße 4
48145 Münster

kontakt@gruppentherapie-muenster.de
Telefon: (0251) 37960400
Telefax: (0251) 37961089

www.gruppentherapie-muenster.de
LANR: 263950568
BSNR: 196868500

Deutsche Apotheker- und Ärztebank
IBAN: DE37 3006 0601 0021 2403 58
Swift/BIC: DAAEDEDDXXX