Praxis
für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Anita Schicker
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin

Ismaninger Str. 124
81675 München
Telefon: 089/20564834
Mobil: 01522 3325428
kontakt@kjp-schicker.de

Psychotherapie-Vertrag (privat versichert)

Hiermit melde ich meine Tochter/meinen Sohn _____,
geboren am _____, für eine psychotherapeutische Behandlung an.

1) Rechnungsanschrift

Angaben zur Person, der die Rechnung für die Therapie gestellt werden soll und die zur Terminvereinbarung erreichbar ist:

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Krankenkasse:
Straße:	Hausnummer:
PLZ:	Wohnort:
Telefonnummer:	Handynummer:
E-Mail:	

Bitte ankreuzen:

○ Privat	○ Selbstzahler
○ Beihilfe	○ GKV, Kostenerstattung

2) Kosten

Das Honorar orientiert sich an der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP). Diese finden Sie im vollen Umfang als Download bei der Psychotherapeutenkammer. Private Krankenversicherungen erstatten in der Regel zumindest einen Großteil der Kosten für eine Psychotherapie. **Bitte klären Sie selbst bei Therapiebeginn**, zu welchem Anteil Ihre Krankenversicherung die Therapiekosten übernimmt.

3) Termine und Terminabsagen

Eine ambulante Psychotherapie erfolgt aus therapeutischen Gründen in regelmäßigem Abstand (eine Einheit a 50 Minuten pro Woche). Sollten Therapiestunden ausnahmsweise nicht eingehalten werden können, so sind diese rechtzeitig – **spätestens 24 Stunden vorher** – abzusagen, andernfalls wird eine Ausfallgebühr in Höhe von **100 Euro** privat in Rechnung gestellt.

Praxis
für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Anita Schicker
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin

Ismaninger Str. 124
81675 München
Telefon: 089/20564834
Mobil: 01522 3325428
kontakt@kjp-schicker.de

4) Dokumentation

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass zur Planung, Beantragung und Dokumentation der psychotherapeutischen Behandlung Informationen über Eltern und Kind (z.B. durch Fragebögen, Tests, Gesprächsaufzeichnungen in Video- und Audioform, Arzt- und Klinikberichte) von der Therapeutin erhoben, ausgewertet und den gesetzlichen Vorgaben gemäß aufbewahrt werden. Mir ist bekannt, dass jegliche Personen, die beruflich mit den Angaben meines Kindes befasst sind, der therapeutischen Schweigepflicht unterliegen.

5) Tiergestützte Therapie

Ich bestätige, dass bei meiner Tochter/bei meinem Sohn keine Tierhaarallergie gegen Hunde vorliegt und dass ich mit dem Einsatz des speziell ausgebildeten Therapiehundes zu therapeutischen Zwecken einverstanden bin.

6) Merkblatt zur Therapieanmeldung und Datenschutz

Das Merkblatt zur Therapieanmeldung und zum Datenschutz in der Praxis habe ich erhalten und gelesen.

7) Einwilligung in die Kommunikation per E-mail

Hiermit willige ich in die Nutzung von E-Mail-Diensten zur Kommunikation zwischen mir und der Therapeutin Anita Schicker ein. Ich bin mir der problematischen Datensicherheit bei E-Mail basierter Kommunikation bewusst und wurde darüber informiert, dass ein lückenloser Datenschutz auf diese Weise nicht gewährleistet werden kann. Diese Zustimmung kann jederzeit widerrufen werden. In diesem Fall beschränkt sich die Kommunikation auf Postweg und Telefon.

8) Einverständniserklärung für Therapieeinheiten außerhalb der Behandlungsräume

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass Therapiestunden mit meinem Sohn/meiner Tochter außerhalb der Behandlungsräume durchgeführt werden.

……

Ort, Datum, Unterschrift **beider** Sorgeberechtigten