

Liebe(r) Patient(in),
sehr geehrte Erziehungsberechtigte,

mit der Aufnahme einer Psychotherapie gehen wir eine längerfristige, wechselseitig verbindliche Beziehung ein.

Für dich/Sie bedeutet dies, zu festen Zeiten eine therapeutische Sitzung (bzw. ein Elterngespräch) über 50 min zur Verfügung gestellt zu bekommen. Die Kostenübernahme wird nach Befürwortung durch die Krankenkasse und im Weiteren nach Prüfung durch einen Gutachter von der Krankenkasse übernommen. Therapiesitzungen/ Elterngesprächstermine, die nicht innerhalb von **48 Std. vor Terminbeginn** (unabhängig vom Grund der Absage, § 615 BGB) **auf meiner HandyNr. 0176/82 16 56 99** abgesagt werden, muss ich dir/Ihnen privat entsprechend der Gebührenordnungsziffer (EBM/GOÄ) in Rechnung stellen, da Ausfalltermine selbstverständlich nicht von der Krankenkasse getragen werden. Bei bekannterweise ausfallenden Montagsterminen bitte ich dich/Sie, diese bis spätestens Freitag 16.00 Uhr entsprechend abzusagen, damit ich die Möglichkeit habe, diese noch nach zu besetzen, worum ich mich ansonsten grundsätzlich bemühe.

Um den Therapieprozess möglichst kontinuierlich zu gewährleisten, werde ich mich bemühen, dir/Ihnen am Jahresanfang meine Urlaubstermine mitzuteilen, damit du/Sie deine/ihre Urlaubstermine darauf ausrichten kannst/können. Ferienausfälle sind grundsätzlich vorher mit mir abzusprechen, da zu lange Ferienzeiten und damit zu häufige Behandlungsausfälle den therapeutischen Prozess gefährden (Mitwirkungspflicht des Pat. siehe auch §1 SGB V). Kurzfristig stattfindende Fortbildungstermine meinerseits werden möglicherweise nicht zu vermeiden sein, sollten jedoch die Ausnahme bleiben.

Die Beendigung einer psychotherapeutischen Behandlung erfolgt immer mit zumindest einem letzten persönlichen Gespräch in meiner Praxis, nicht jedoch in schriftlicher oder telefonischer Form.

Unterschrift Patient(in)/Erziehungsberechtigte

Hamburg, den