



Isabell Beck
Kinder- & Jugendlichen-
psychotherapeutin (VT)

Praxis für Kinder- & Jugendlichenpsychotherapie

Einverständniserklärung für Privatpatienten

Ich verpflichte mich der Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Inhaberin Frau Isabell Beck, die anstehenden Rechnungen in vollem Umfang zu begleichen. Dies gilt unabhängig vom Erstattungsverfahren meiner Versicherung.

Ich wurde darüber informiert, dass ich den Therapiebeginn gegenüber meiner Versicherung selbstständig anmelden muss und alle erforderlichen Unterlagen rechtzeitig organisieren und Frau Beck bereitstellen muss, da nachträglich die Kosten von den Krankenkassen in der Regel nicht übernommen werden. Zudem ist mir bewusst, dass ich bereits nach den ersten 4 Sitzungen alle Unterlagen zur Beantragung einer Langzeittherapie organisiert haben sowie beim behandelnden Hausarzt einen Konsiliarbericht (in den angeforderten Unterlagen enthalten) in Auftrag gegeben haben sollte. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich nicht nochmals an die entsprechenden Unterlagen erinnert werde.

Auch kann es sein, dass meine Krankenkasse die Kosten oder einen Teil der Kosten nicht übernimmt. Die Kostenübernahme richtet sich nach meinem individuellen Vertrag, den ich mit meiner Krankenversicherung geschlossen habe. Die Abrechnung erfolgt über die Dgpar (Deutsche Gesellschaft für Privatabrechnung)

Es wird nach dem 2,3-fachen Satz gemäß der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP - Stand 01.07.2024) abgerechnet. In bestimmten Fällen, beispielsweise bei erhöhtem Zeitaufwand, kann es auch zu einer Abrechnung eines höheren Satzes (2,8-fach bis 3,5-fach) kommen. Ich bin darüber aufgeklärt, dass es möglich ist, dass meine Krankenkasse die Kosten für einen höheren Satz nicht übernimmt.

Bei nicht rechtzeitig beglichenen Rechnungen behält die Praxis Beck es sich vor, die Therapie zu pausieren.

Genauere Angaben zu der Gebührenordnung für Psychotherapeuten sowie zum Beantragungsverfahren finden Sie auf der Homepage unter www.praxis-kjp-beck.de unter dem Reiter „Privat Versicherte und Selbstzahler“.

Name, Vorname (des Patienten):

Name, Vorname (des gesetzlichen Vertreters):

Straße und Hausnummer

PLZ, Ort

Datum, Unterschrift (des gesetzlichen Vertreters)