



## Psychotherapievertrag

Zwischen Dipl.-Päd. Eleonora Jarosch (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin), Westwall 152, 47798 Krefeld

und

.....  
(Patient/ Patientin, ggf. gesetzlicher/e Vertreter/in)

wird folgende Vereinbarung getroffen:

**Es wird eine Verhaltenstherapie mit**

dem Kind/dem Jugendlichen

.....  
durchgeführt. Die Sitzungstermine werden fest vereinbart und von der Psychotherapeutin für diesen Patienten/diese Patientin bereitgehalten. Ebenso die begleitenden Gespräche mit den Bezugspersonen.

- Der/Die Patient/ Patientin ggf. der gesetzliche Vertreter erklärt hiermit, dass er in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist und dass die Psychotherapiekosten zu Lasten seiner/ihrer Krankenkasse ..... abgerechnet werden sollen. Der/Die Patient/Patientin ggf. der gesetzliche Vertreter verpflichtet sich, einen Wechsel der Krankenkasse unverzüglich der Psychotherapeutin mitzuteilen.
- Der/Die Patient/Patientin, ggf. der gesetzliche Vertreter erklärt, dass er Selbstzahler ist.
- Der/Die Patient/Patientin, ggf. der gesetzliche Vertreter erklärt, dass er privat versichert ist.

Die Honorierung psychotherapeutischer Behandlung bei Selbstzahlern oder Privatversicherten erfolgt nach der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP) mit dem 2,3-fachen Steigerungssatz, gegenwärtig 100,55 Euro, es sei denn es wird eine andere Honorarvereinbarung getroffen.

## Ausfallhonorar-Regelung:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, liebe Eltern,

gelegentlich kommt es vor, dass Patienten ihre Termine nicht wahrnehmen bzw. so kurzfristig absagen, dass die frei werdende Stunde nicht mehr anderweitig besetzt werden kann. Diese Praxis ist jedoch eine reine Bestellpraxis, d. h., die vereinbarte Zeit ist speziell für Sie reserviert. Sie brauchen keine lange Wartezeit einzuplanen. Daher wird für Termine, die für die Praxis eine Ausfallzeit darstellen, ein Ausfallhonorar berechnet.

### Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie Ihre Zustimmung zu folgender Absprache:

Wird ein vereinbarter Termin von Ihnen nicht wahrgenommen oder kurzfristig – d.h. weniger als 2 Werktage zuvor – abgesagt, so entsteht ein pauschaler Honoraranspruch in Höhe von 75 €. Sie erhalten hierüber eine Rechnung von PVS, die von Ihnen selbst zu bezahlen ist, da nicht wahrgenommene Termine von der Krankenkasse nicht erstattet werden.

Diese Regelung gilt auch dann, wenn ein Termin z. B. durch Krankheit, Autopannen, unerwartet längere Arbeitszeiten, Ausflüge in der Schule o. ä. versäumt wird, denn solche Risiken liegen im Verantwortungsbereich des Patienten. Wenn es gelingt, einen abgesagten Termin anderweitig zu vergeben, wird selbstverständlich kein Ausfallhonorar fällig.

---

**Datum**

**Unterschrift**

Für die Einhaltung der Termine des oben genannten Kindes/Jugendlichen ist zuständig:

Name, Vorname	Adresse	Telefon	Unterschrift

## Schweigepflichtentbindung

Die Psychotherapeutin unterliegt der Schweigepflicht.

Damit die Psychotherapeutin auch dem nicht einwilligungsfähigen Kind gegenüber dies einhalten kann, verzichten die Sorgeberechtigten auf ihr Informationsrecht für solche Mitteilungen, die den Therapiezweck vereiteln und/oder den Therapieerfolg in Frage stellen oder erschweren könnten.

Ich,

---

Geboren am \_\_\_\_\_

Anschrift:

---

entbinde hiermit

Frau Dipl.-Päd. Eleonora Jarosch, Westwall 152 – 154, 47798 Krefeld von der ihr obliegenden Schweigepflicht nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) gegenüber folgenden Personen/Institutionen:

**Bitte geben Sie die vollständigen Namen und Telefonnummern aller wichtigen Ansprechpartner an.**

Institution	Name	Telefonnummer
Hausarzt / Kinderarzt		
Lehrer oder Kindergärtner		
Integrationshelfer		
Schul-Sozialpädagoge		
Ganztagsbetreuung		
Familienhilfe		
Zuständiger Mitarbeiter im Jugendamt		
Ergotherapeut		
Logopäde		
Psychiater		
Klinik / Tagesklinik		

- Gutachter ihrer Krankenkasse

Die Entbindung von der Schweigepflicht umfasst alle Tatsachen und Erklärungen, die ich Frau Dipl.-Päd. Eleonora Jarosch gegenüber anvertraut habe.

**Diese Entbindungserklärung kann ich jederzeit schriftlich zurücknehmen.**

Ich bin/Wir sind mit der kinder- und jugendpsychotherapeutischen Diagnostik und Behandlung meines/unseres Kindes in der Praxis Jarosch einverstanden.

**Ich bin alleine sorgeberechtigt.**

oder

**Es besteht gemeinsames Sorgerecht.**

Bei gemeinsamem Sorgerecht muss das schriftliche Einverständnis beider Sorgeberechtigten vor dem ersten Vorstellungstermin vorliegen!

### **Unterschrift aller Sorgeberechtigten**

Name, Vorname	Geburtsdatum	Telefon	Unterschrift

## Gewünschte Kontaktaufnahme

Ich bin damit einverstanden, dass das Praxisteam Jarosch mit mir Kontakt aufnimmt per (Bitte die gewünschte Form ankreuzen und Telefonnummer, Mail oder Adresse aufschreiben):

- Mail  
.....
- SMS  
.....
- WhatsApp.....
- Handy.....
- Telefon.....
- Brief.....

Die Verwendung Ihrer freiwilligen Angaben können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der Frau Jarosch und Mitarbeiter der Praxis unter den genannten Kontaktdaten schriftlich widerrufen.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
Psychotherapeutin

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
Patient/ Patientin  
bzw. Sorgeberechtigte/r