

Nach ausführlicher Information und Aufklärung (findet im Rahmen der Erstsprechstunde statt) über die Bedingungen von **ambulanter Behandlung** einschließlich aller **Diagnostik und/ oder Beratungstermine**

wird zwischen

Frau Birgit Huber (Praxis Birgit Huber) und

(Name Klient bzw. Sorgeberechtigte)

Anschrift, Wohnort

(nachfolgend Klient genannt)

die Durchführung einer **ambulanten Behandlung** vereinbart.

Die Kosten einer ambulanten Behandlung werden gemäß nachfolgender Erklärung des Klienten (bei Kindern die Sorgeberechtigten) abgerechnet:

(bitte zutreffende Punkte ankreuzen):

- ☐ Ich bin in der gesetzlichen Krankenversicherung und wünsche die Behandlung zu Lasten der Krankenkasse. (Die Abrechnung der Leistungen erfolgt über die Kassenärztliche Vereinigung).
- ☐ Ich bin privat versichert bei

Die Kosten der Behandlung werden mir durch die Praxis Birgit Huber gemäß GOP bzw. GOÄ in Rechnung gestellt und durch mich bei meiner privaten Krankenkasse abgerechnet.

- Ich bin beihilfeberechtigt, Beihilfestelle

Die Kosten der Behandlung werden durch die Praxis Birgit Huber gemäß GOP in Rechnung gestellt und durch mich zu Lasten der o.g. Beihilfe und privaten Krankenkasse abgerechnet.

- Ich möchte die Kosten der ambulanten Behandlung selbst zahlen.
Die Kosten der Behandlung werden mir durch die Praxis Birgit Huber gemäß GOP bzw. GOÄ in Rechnung gestellt.

Mir ist bewusst und ich erkläre mich einverstanden, dass ich unabhängig von der Erstattung durch Dritte (z.B. private Krankenversicherung, Beihilfe, gesetzliche Krankenversicherung bei § 13 Abs. 2 oder 3 SGB V) der Praxis Birgit Huber persönlich das Honorar in voller Höhe schulde. Mir ist bekannt, dass die Behandlungskosten nicht immer von den Krankenkassen in voller Höhe übernommen werden.

Zusätzliche Vereinbarung:

Der/die Klient*in verpflichtet sich, bei Nichtwahrnehmen eines vereinbarten Behandlungstermins **spätestens 48 Stunden vorher** abzusagen. Erfolgt die Terminabsage nicht rechtzeitig, wird dem Klienten ein Ausfallhonorar persönlich in Rechnung gestellt. Dieses Ausfallhonorar ist vom Klienten (bei Kindern deren Sorgerechtigten) unabhängig von der Art der Versicherung selbst zu zahlen. Die Kostenerstattung durch die private oder gesetzliche Krankenkasse bzw. Beihilfe findet in diesem Fall nicht statt (die Höhe des Ausfallhonorars finden Sie auf der Praxiswebseite www.psychotherapiepraxis-huber.de unter „Kosten“.)

- Ich erkläre mich bereit, mit der Praxis Birgit Huber Informationen und Daten per E-Mail auszutauschen. Der E-Mail-Austausch erfolgt zum Teil unverschlüsselt. Mir ist bewusst, dass diese Kommunikation nicht sicher ist und durch Manipulation durch Dritte eingesehen werden kann. Die Praxis wird den E-Mail-Verkehr im Wesentlichen für Terminabsprachen oder allgemeine Informationen nutzen. Sensible persönliche Inhalte werden nicht per normaler E-Mail versendet.
- Ich erkläre mich bereit, bei Bedarf sensible Daten per Mail über die sichere App „**Doctolib**“ auszutauschen, die eine Verschlüsselung enthält.

Ort, Datum _____

Unterschrift Klient
bzw. Sorgeberechtigte/r

Unterschrift Birgit Huber