Psychotherapeutische Privatpraxis
für Kinder und Jugendliche
JOSEPHINE ROMANG

Rahmenvereinbarung zur ambulanten Psychotherapie

Zwischen der
Psychotherapeutischen Privatpraxis für Kinder und Jugendliche
Josephine Romang
Mainzerstraße 5, 66111 Saarbrücken

und

Herrn/Frau _____
(Name, Vorname des Kindes)
Geburtsdatum: _____
(stellvertretend durch die Sorgeberechtigten)

wird die Durchführung einer psychotherapeutischen Behandlung vereinbart.

1. Kostenübernahme

Die Kosten der ambulanten Psychotherapie werden wie folgt übernommen (bitte Zutreffendes ankreuzen):

□ Privatversicherung. Die Kosten werden gemäß der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP) in Rechnung gestellt und ich reiche diese bei meiner privaten Krankenversicherung ein.

□ Beihilfeberechtigung. Beihilfestelle: _____. Die Kosten werden gemäß GOP in Rechnung gestellt und ich reiche diese bei der genannten Beihilfestelle bzw. meiner privaten Krankenversicherung ein.

□ Selbstzahler. Die Kosten werden mir gemäß GOP in Rechnung gestellt und sind von mir selbst zu tragen.

Terminabsagen müssen mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Behandlungstermin erfolgen. Erfolgt keine rechtzeitige Absage, wird ein Ausfallhonorar in Höhe von 80 Euro fällig. Dieses Ausfallhonorar entspricht einem angemessenen Teil des regulären Sitzungshonorars und dient der Abdeckung des Verdienstausfalls. Das Ausfallhonorar ist unabhängig von der Art der Kostenübernahme vom/ den Sorgeberechtigten selbst zu

tragen und wird nicht von gesetzlichen oder privaten Krankenversicherungen oder Beihilfestellen erstattet.

3. Kommunikation über digitale Kanäle

Ich wurde darüber informiert, dass elektronische Kommunikationswege (Telefon, SMS, E-Mail) hinsichtlich des Datenschutzes gewisse Sicherheitsrisiken bergen. Die Nutzung dieser Kommunikationswege erfolgt ausschließlich für organisatorische Zwecke (z. B. Terminabsprachen).

Ich willige ein, dass ich auf folgenden Wegen kontaktiert werden darf (bitte ankreuzen und Kontaktangaben ergänzen):

□ Telefon: _____
□ SMS: _____
□ E-Mail: _____

Diese Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich widerrufen.

Das Original dieser Vereinbarung verbleibt in der Psychotherapeutischen Privatpraxis für Kinder und Jugendliche Josephine Romang. Eine Zweitschrift wurde mir ausgehändigt.

Saarbrücken, den _____

_____
Unterschrift Sorgeberechtigte/r

_____
Unterschrift 2. Sorgeberechtigte/r (falls vorhanden)

_____
Unterschrift Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin Joséphine Romang