

# Therapievereinbarung

zwischen:

Johannes Britsch, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut  
Fritz-Reuter-Straße 6, 81245 München

und

Gesetzlicher Vertreter/in : .....

von (Kind/Jugendlicher) Name, Vorname.....

geb. am: .....

Straße, Hausnummer: .....

Postleitzahl, Ort: .....

Telefon: .....

Bitte ankreuzen:

Mein/e Tochter/Sohn ist in einer Gesetzlichen Krankenkasse familienversichert. Die Krankenkasse gewährt eine im Sinne des Gesetzes ausreichende Behandlung, die vertraglich sichergestellt ist. Ich wünsche dennoch eine Behandlung bei Herrn Johannes Britsch; mein Wunsch ist nicht auf Initiative von Herrn Johannes Britsch zustande gekommen. Ich weiß, dass die Kosten nicht automatisch von meiner Krankenkasse erstattet werden; das Honorar für die Behandlung ist von mir selbst zu tragen. Ich weiß, dass ich mich aber trotzdem unabhängig davon, um eine Kostenerstattung von meiner Krankenkasse bemühen kann. Unabhängig von der Erstattung durch Dritte schulde ich Herrn Johannes Britsch das Honorar persönlich in voller Höhe gemäß Rechnungslegung.

Mein/e Tochter/Sohn ist in einer Privaten Krankenkasse familienversichert bzw. beihilfeberechtigt. Als sein gesetzlicher Vertreter / seine gesetzliche Vertreterin rechne ich mit einer Privaten Krankenkasse bzw. der Beihilfe ab. Ich bin verpflichtet, mich vor Beginn der Behandlung selbst über die Bedingungen des Versicherungsvertrages zu informieren und zu klären, ob und inwieweit die Behandlungskosten für mein Kind erstattet werden. Ich selbst muss die Genehmigung bei der Privaten Krankenkasse beantragen. Unabhängig von der Erstattung durch Dritte schulde ich Herrn Johannes Britsch das Honorar persönlich in voller Höhe gemäß Rechnungslegung.

Die Kosten für die Behandlung richten sich nach der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP): Üblicher 2,3-facher bis max. 3,5-facher Satz bei erhöhtem Aufwand durch Krisen, komplexe Problematiken, Ko- und Multimorbidität, Komplikationen und Therapiestunden mit Überlänge (mehr als 50 Min.). Die vollständige Gebührenordnung ist auf der Webseite der Bundespsychotherapeutenkammer ([www.bptk.de](http://www.bptk.de)) zu finden.

- Ich bin damit einverstanden, dass zur Rechnungsstellung relevante Daten an das Abrechnungsunternehmen Medas weitergeleitet werden und ich meine Rechnungen per Post erhalte.

Ausfallhonorar: Ich verpflichte mich, dafür Sorge zu tragen, dass die Behandlungstermine meines Kindes pünktlich wahrgenommen und bei Verhinderung spätestens bis zwei Arbeitstage (48 Stunden) vor dem Termin abgesagt werden. In psychotherapeutischen Praxen ist zu jedem Termin nur eine Behandlung einplanbar. Deshalb wird mir bei nicht rechtzeitiger Absage ein Bereitstellungshonorar in Höhe von 50,- € berechnet (welches nicht von der Versicherung erstattet wird). Das gilt auch dann, wenn ich den Termin unverschuldet nicht rechtzeitig absagen konnte.

Offenbarungspflicht: Laut EBM (Gebührenordnung für Abrechnung) ist Herr Britsch gesetzlich verpflichtet, meinem Hausarzt unaufgefordert einen Befundbericht zu übermitteln. Hierzu bedarf es keiner ausdrücklichen Schweigepflichtsentbindung meinerseits, sondern es besteht für ihn eine gesetzliche Offenbarungspflicht. Von dieser Offenbarungspflicht entbinde ich Herrn Britsch. Herr Britsch wird stattdessen nach Absprache mit mir mit behandelnden Ärzten kommunizieren, soweit dies für die Behandlung jeweils erforderlich ist.

Mit dieser Regelung bin ich einverstanden.  Ja  Nein

Videoaufzeichnung: Ich bin damit einverstanden, dass in den Sitzungen aus therapeutischen Gründen Videoaufzeichnungen angefertigt werden können. Diese Aufzeichnungen werden nach therapeutischer Zweckerfüllung wieder gelöscht, womit sie auch nicht Teil der Patientenakte werden.

Qualitätsicherung: Um die Qualität der Behandlung zu gewährleisten, befindet sich Herr Johannes Britsch in einem kontinuierlichen Weiterbildungsprozess. In diesem Zusammenhang sucht er auch Supervision/Intervision bei einem dafür qualifizierten Kollegen auf, der Einzelheiten über die Therapie erfährt. Keine Details werden mitgeteilt, die Rückschlüsse auf die Identität des Klienten ermöglichen. Ich gebe mein Einverständnis, meinen Therapeuten zu diesem Zweck von der Schweigepflicht gegenüber den Supervisoren/Intervisoren zu entbinden.

Bitte bekunden Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie diese Informationen eingehend gelesen haben und mit diesen Bedingungen für die therapeutische Zusammenarbeit einverstanden sind.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

.....  
Name in Druckbuchstaben

Adresse: Fritz-Reuter-Straße 6  
81245 München  
Tel: 089 / 44 250 782  
Mobil: 0172 / 577 95 13  
Fax: 089 / 820 75 23 99  
E-Mail: praxis@kjp-britsch.de

Kontoverbindung: Deutsche Apotheker und Ärztebank  
IBAN: DE 63 3006 0601 0005 7551 01  
BIC: DAAEDEDXXX  
St.Id.Nr.: 47 362 830 917  
LANR: 2243983  
Web: <https://www.therapie-britsch.de>