

Katharina Schneider

Körperorientierte Psychotherapie nach dem Heilpraktikergesetz
Ickstattstraße 16, 80469 München

Behandlungs- und Honorarvereinbarung

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

1. Behandlung

Die Behandlung erfolgt im Rahmen einer körperorientierten Psychotherapie nach dem Heilpraktikergesetz.

Inhalte, Vorgehen und Ziele der Behandlung werden gemeinsam besprochen und im Verlauf bei Bedarf angepasst.

Ein bestimmter Behandlungserfolg kann nicht zugesichert werden.

2. Honorar

Das Honorar beträgt 90,00 € pro Behandlungseinheit von 50 Minuten.

Die Behandlung wird privat in Rechnung gestellt.

Die Zahlungspflicht besteht unabhängig davon, ob und in welcher Höhe eine private Krankenversicherung, Beihilfestelle oder ein anderer Kostenträger die Behandlungskosten übernimmt.

3. Private Krankenversicherung / Beihilfe

Privat Versicherte und Beihilfeberechtigte können die Rechnung bei ihrem jeweiligen Kostenträger zur Erstattung einreichen.

Ob und in welcher Höhe eine Erstattung erfolgt, richtet sich nach dem jeweiligen Versicherungsvertrag bzw. den jeweiligen Beihilfebestimmungen.

Eine vollständige oder teilweise Kostenübernahme durch einen Kostenträger kann von der Praxis nicht zugesichert werden. Es wird empfohlen, die Erstattungsmöglichkeiten vor Beginn der Behandlung direkt mit dem jeweiligen Kostenträger zu klären.

4. Terminabsagen

Die vereinbarten Behandlungstermine werden ausschließlich für die jeweilige Patientin bzw. den jeweiligen Patienten reserviert.

Kann ein Termin nicht wahrgenommen werden, bitte ich darum, diesen mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Bei einer späteren Absage oder bei Nichterscheinen wird gemäß §§ 293 ff., 615 BGB das vereinbarte Honorar in Höhe von 90,00 € als Ausfallhonorar in Rechnung gestellt.

5. Rechnungsstellung und Zahlung

Die erbrachten Leistungen werden in Rechnung gestellt.

Der Rechnungsbetrag ist innerhalb von 14 Tagen nach Erhalt der Rechnung zu begleichen.

6. Beendigung der Behandlung

Die Behandlung kann sowohl von der Patientin bzw. dem Patienten als auch von der Behandlerin beendet werden.

Eine geplante Beendigung der Therapie sollte nach Möglichkeit gemeinsam besprochen werden.

Ich habe die Informationen über das Honorar, die mögliche Kostenerstattung durch private Krankenversicherungen bzw. Beihilfe und die Regelung zu Terminabsagen zur Kenntnis genommen *und bin damit einverstanden.*

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patientin / Patient: _____

bei Minderjährigen: Unterschrift gesetzliche/r Vertreter/in:
