

Praxis für Psychotherapie
Anne Struve-Schmidt M.Ed.
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin
Turnierstr. 7
24939 Flensburg

Behandlungsvertrag
mit Eltern/Sorgeberechtigten sowie Kindern/Jugendlichen

zwischen _____ (ggf. als Sorgeberechtigte/r für das Kind)
_____, geb. _____

und Anne Struve-Schmidt M.Ed., Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin.

Wir sind/Ich bin damit einverstanden, dass ich/mein Kind _____ in der Psychotherapeutischen Praxis der approbierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin Anne Struve-Schmidt in Behandlung ist/bin.

- Zu Beginn eines jeden Quartals ist die gültige Versichertenkarte gesetzlich Krankensversicherter unaufgefordert vorzulegen. Im Falle einer nicht vorgelegten Versichertenkarte wird uns/mir erbrachte psychotherapeutische Leistungen nach der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP) in Rechnung gestellt.
- Ich bin darüber in Kenntnis gesetzt worden, dass mir für vereinbarte Termine, die nicht spätestens 48h **werktags** vor Terminbeginn per Mail (wenn vereinbart) oder über den Anrufbeantworter abgesagt wurden, ein Ausfallhonorar in Höhe von 50,00 € in Rechnung gestellt wird. Dies gilt auch im Krankheitsfall und für Termine, die aufgrund von Unpünktlichkeit auf Patientenseite nicht im vollen Umfang durchgeführt werden können. Im Falle des Verzugs werden weitere Termine ausgesetzt. In jedem Fall bemüht sich die Therapeutin darum, den abgesagten Termin anderweitig zu vergeben, um ein Ausfallhonorar für den Patienten und einen Verdienstausschlag für die Therapeutin zu verhindern.
- Um einen Ausfall zu verhindern, kann die Möglichkeit einer Videosprechstunde in Anspruch genommen werden, solange die Durchführung dieser wie zur Zeit (Stand: 05.10.2020) abrechnungstechnisch und organisatorisch unbegrenzt möglich ist.

- Bei nicht absehbaren Verhinderungen von Therapeutenseite aus kann es zu kurzfristigen Absagen kommen, um die Kontinuität der Termine zu gewährleisten und einen Verdienstaustausch zu vermeiden.
- Ich bin über die Datenverarbeitung gemäß DSGVO in der Praxis von Frau Anne Struve-Schmidt aufgeklärt worden und erkläre mich hiermit einverstanden. Die Informationen zur Datenverarbeitung in der Praxis wurden mir schriftlich ausgehändigt.
- Ich wurde/wir wurden darüber informiert, dass die Qualität der Behandlung über externe Super- und Intervention gewährleistet wird. In diesem Rahmen werden Daten vertraulich behandelt und eine hinreichende Anonymität gewahrt.

(Ort, Datum, Unterschrift der Patientin/des Patienten/aller Sorgeberechtigten)