

PRAXIS MILA OULD YAHOU
PSYCHOTHERAPIE FÜR KINDER, JUGENDLICHE UND JUNGE ERWACHSENE
REGINENSTRAÙE 16 – 59069 HAMM-RHYNERN
TEL:02385-9368210, WWW.PSYCHOTHERAPIEMOY.DE

Psychotherapie-Vertrag

Nach ausführlicher Information und Aufklärung über die Bedingungen einer ambulanten Psychotherapie wird zwischen Mila Ould Yahoui nachfolgend Psychotherapeut/in genannt und

Frau/Herrn _____ geb. am: _____

ggf. Sorgeberechtigte/r _____

nachfolgend Patient/in genannt die Durchführung einer psychotherapeutischen Behandlung vereinbart.

Die Psychotherapiekosten der ambulanten Psychotherapie sollen gemäß nachfolgender Erklärung des/der Patienten/in abgerechnet werden:

Ich bin in der gesetzlichen Krankenversicherung, bei der _____ und wünsche eine Behandlung zu Lasten meiner Krankenkasse, die Abrechnung der Leistungen erfolgt über die Kassenärztliche Vereinigung nach Einlesen der Versichertenkarte.

Ich bin privat versichert bei der _____ und werde mich eigenständig um die Einholung der Antragsunterlagen bei der PKV kümmern und die Kosten der Psychotherapie nach GOP selbständig zahlen. Die Erstattung durch die PKV liegt in meiner Verantwortung.

Ich möchte die Kosten der Psychotherapie nach GOP selbständig zahlen.

Zusätzlich vereinbaren Patient/in und Psychotherapeut/in folgendes:

Der/die Patient/in verpflichtet sich, bei Verhinderung einen vereinbarten Behandlungstermin spätestens 48 Stunden vorher telefonisch (AB) abzusagen. Erfolgt die Terminabsage nicht rechtzeitig, wird dem/der Patienten/in 80 % von dem/der Psychotherapeuten/in zustehenden Honorar in Rechnung gestellt. Dieses Ausfallhonorar hat der/die Patient/in unabhängig von der Art der Versicherung selbst zu zahlen. Eine Kostenerstattung durch die private oder gesetzliche Krankenkasse oder Beihilfe findet in diesem Fall nicht statt.

PRAXIS MILA OULD YAHOU
PSYCHOTHERAPIE FÜR KINDER, JUGENDLICHE UND JUNGE ERWACHSENE
REGINENSTRAÙE 16 – 59069 HAMM-RHYNERN
TEL:02385-9368210, WWW.PSYCHOTHERAPIEMOY.DE

Erklärung zur elektronischen Kommunikation

Es besteht die Möglichkeit, mit der Praxis via Mail zu kommunizieren. Dieser Kommunikationsweg wird im Wesentlichen für Terminabsprachen und andere organisatorische Abstimmungen genutzt. Sensible persönliche Daten werden nicht digital versendet. Die prinzipielle Unsicherheit der elektronischen Kommunikationswege sollte Ihnen bewusst sein.

Ich bin mit der Nutzung von Emails einverstanden

(Emailadresse) _____

Dokumentation

Ich bin damit einverstanden, dass einzelne Sitzungen zu Zwecken der Qualitätssicherung und Supervision gefilmt werden. Die Aufnahmen werden nach erfolgter Qualitätssicherung und Supervision gelöscht.

Traumabehandlung

Ich bin damit einverstanden, dass traumtherapeutische Methoden wie beispielsweise PITT und EMDR durchgeführt werden.

Onlinebehandlung

Ich wünsche, im Bedarfsfall an Onlinesitzungen teilzunehmen und erkläre mich einverstanden damit, dass Frau Ould Yahoui die oben angegebene Emailadresse verwendet, um mir über das Programm (beispielsweise Clickdoc oder Red Medical (KBV-zertifiziert)) Terminlinks und Zugangscodes zu schicken. Diese Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Ort/ Datum

Unterschrift Patient/in

Unterschrift Psychotherapeut/in