



Einverständniserklärung für Privatliquidation

Vor- und Nachname Patient*in: _____

1. Mir ist bekannt, dass seit dem 01.01.2015 als Voraussetzung einer psychotherapeutischen Behandlung die Pflicht besteht, eine elektronische Gesundheitskarte (eGK), hilfsweise eine gültige Ersatzbescheinigung der Krankenkasse vorzulegen. Dies gilt auch für psychotherapeutische Sprechstunden und Diagnostiktermine.
2. Mir ist bewusst, dass ich zur ersten Sitzung eines neuen Quartals eine elektronische Gesundheitskarte (eGK), hilfsweise eine gültige Ersatzbescheinigung der Krankenkasse mitbringen und einlesen lassen muss. Dies gilt auch für psychotherapeutische Sprechstunden und Diagnostiktermine.
3. Ich wurde darauf hingewiesen, dass bis spätestens zum Ende des laufenden Quartals die Möglichkeit besteht, eine gültige Versicherungskarte oder eine gültige Ersatzbescheinigung in der Praxis vorzulegen.
4. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die Praxisinhaberin berechtigt ist, mir eine Privatrechnung entsprechend der EBM-Ziffern¹ über die erbrachten Leistungen zu stellen, welche von mir persönlich zu bezahlen ist, sofern:
 - a) von mir keine gültige elektronische Gesundheitskarte oder keine gültige Ersatzbescheinigung vorgelegt und diese auch nicht im laufenden Quartal nachgereicht wurde.
 - b) der Versicherungsschutz beim Einlesen der Gesundheitskarte nicht mehr bestand
 - c) sofern meine Krankenkasse die Leistungen der psychotherapeutischen Behandlung/ Sprechstunden/ Diagnostik nicht erstattet.

In Kenntnis der Punkte 1-4 möchte ich die Behandlung in Anspruch nehmen und bin folglich auch mit der Erstellung einer Privatrechnung, falls Punkt 4 eintritt, einverstanden.

Berlin, den _____

Unterschrift Patient*in (ggf. gesetzl. Vertreter*in)

¹ Dazu gehören u.a.: 35600, 35601, 35151, 23220, 35425, 35421, 35422, 23214



Honorar(Ausfall-)Vereinbarung

Zwischen der Psychotherapiepraxis Stitz (vertreten durch die Praxisinhaberin Fr. Stitz) und

Name Patient*in: _____

geboren am: _____

Alle Therapeut*innen der o.g. Psychotherapiepraxis sind in einer Bestellpraxis tätig und reservieren die erforderlichen Therapiestunden zu festen, einvernehmlichen und vereinbarten Terminen. Auf diese Weise können lange Wartezeiten während eines Termins verhindert werden. Daher können die Therapeut*innen kurzfristig keine neuen Patient*innen annehmen.

Die Therapeut*innen sind deshalb berechtigt, alle reservierten Stunden, die von dem/ -r Patient*in nicht wahrgenommen wurden, unabhängig vom Grund der Verhinderung, sei es wegen Krankheit, Vergessen, Verkehrsproblemen etc., privat dem/ -r Patient*in als Ausfallhonorar in Rechnung zu stellen (Schadensersatz wegen sog. Annahmeverzug des/-r Patient*in, der kein Verschulden des/ -r Patient*in voraussetzt - §§ 293, 296, 615 BGB). Weder die gesetzliche noch die private Krankenversicherung übernehmen diesen Honorarausfall. Stunden, die aus zwingenden Gründen rechtzeitig, d.h. mindestens 48 Stunden im Voraus abgesagt werden, werden nicht berechnet. Die Höhe des vereinbarten Ausfallhonorars richtet sich nach den Stundensätzen, die die Krankenkasse des/ -r Patient*in zum Zeitpunkt des Ausfalls bezahlt. Der derzeit gültige Honorarausfallsatz (mind. 50 Min.) beträgt: **70,00 Euro.**

Vorstehende Regelung gilt vorbehaltlich diesbezüglicher Gerichtsurteile, die eine neue Rechtslage darstellen können.

Der/ Die Patient*in ist in einer gesetzlichen/ privaten Krankenversicherung oder über die Beihilfe versichert und wünscht eine Behandlung (als Dienstleistung) zu Lasten des Kostenträgers (Krankenkasse/ Beihilfe als Sachleistung).

Unabhängig von der Erstattung durch Dritte (gesetzliche Krankenversicherung bei § 13 Abs. 2 SGB V/ private Krankenversicherung/ Beihilfe) schuldet der/ die Patient*in das Honorar persönlich in voller Höhe gemäß Rechnungslegung gegenüber dem/ -r Therapeut*in, vertreten durch die Praxisinhaberin.



Psychotherapiepraxis Stitz
Ehrlichstraße 10
10318 Berlin
Tel.: 030/ 98393697
www.praxis-stitz.com
psychotherapie@praxis-stitz.com

Der/ Die Patient*in hat eine Ausfertigung dieser Vereinbarung erhalten, die mit dem/ -
r Therapeut*in besprochen, ihren Zweck und Inhalt verstanden und erklärt ihr/ sein
Einverständnis mit ihrer/ seiner Unterschrift.

Berlin, den _____

Unterschrift Patient*in (ggf. gesetzl. Vertretung)