



Honorarausfallvereinbarung

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte/r Eltern/-teil des Patienten, ich bitte Sie, diese Bedingungen für Ihre psychotherapeutische Behandlung durchzulesen und zu unterschreiben.

Der Patient _____, geboren am _____, bzw. der Elternteil _____ und der zuständige Psychotherapeut in unserer Praxis, vereinbaren Folgendes:

Der Psychotherapeut arbeitet nach dem sogenannten Bestellsystem, d.h. er reserviert für den Patienten die erforderlichen Therapiestunden. Da psychotherapeutische Behandlungen über einen längeren Zeitraum durchgeführt werden, kann er nicht kurzfristig neue Patienten annehmen oder Ersatztermine vereinbaren. Die Krankenkassen bezahlen nur durchgeführte Leistungen, sodass bei einem ausgefallenen Termin für den Psychotherapeuten ein Ausfallhonorar erstattet werden muss. Der Psychotherapeut ist deshalb berechtigt, alle vereinbarten Stunden, welche der Patient nicht wahrnimmt – unabhängig vom Grund der Verhinderung – privat in Rechnung zu stellen.

Stunden, die aus zwingenden Gründen rechtzeitig, also **48 Stunden vor dem Termin**, abgesagt werden, werden dem Patienten nicht in Rechnung gestellt.

Die Absage ist nur von montags bis freitags gültig. Wochenendtage (Samstag, Sonntag) gelten nicht; somit sind Termine an Montagen bereits donnerstags abzusagen.

Die Höhe des vereinbarten Ausfallhonorars beträgt **60,00 Euro** bei versäumten, nicht abgesagten Terminen und **30,00 Euro** bei kurzfristig abgesagten Terminen.

Hiermit bestätige ich, _____, die Honorarausfallvereinbarung gelesen und verstanden zu haben und akzeptiere diese mit meiner Unterschrift.

_____ Ort, Datum	_____ Eltern/-teil	_____ Patient	_____ Psychotherapeut
---------------------	-----------------------	------------------	--------------------------