



Arbeitsvereinbarung zwischen Psychotherapeutin und Patienten

Patient*in (Vor- und Nachname) : _____

Geburtsdatum : _____

Mit meiner Psychotherapeutin Frau Dipl.-Soz.päd. Lena Fischer habe ich folgende Vereinbarung getroffen:

1. Ich habe mich über die Arbeitsweise, Rahmenbedingungen und möglichen Wirkungen einer Psychotherapie bei Dipl.Soz.päd.(FH) L.Fischer informiert und bin mit der Durchführung der Kinder- und Jugendpsychotherapie Schwermit Tiefenpsychologie einverstanden.
2. Ich bin darüber informiert worden, dass Frau Fischer die Kostenübernahme der Kinder- und Jugendpsychotherapie bei meiner Krankenkasse beantragen muss und dass dieser Vertrag erst zustande kommt, wenn die Krankenkasse ihre Kostenzusage schriftlich bestätigt hat.
3. Ich habe die Regelungen der Termineinhaltung zur Kenntnis genommen. Die Sitzung dauert in der Regel 50Minuten und findet zu vereinbarten, meist festen Zeiten statt. Ausfallstunden sind Frau Fischer zu bezahlen sofern Sie später als 24Stunden vor dem Termin abgesagt werden. Das Ausfallhonorar beträgt 80 Euro. Die Bezahlung des Honorars erfolgt mit einer Rechnung.
4. Änderungen des Versicherungsverhältnis z.B. bei Wechsel der Krankenkasse sind Frau Fischer unverzüglich mitzuteilen.
5. Eine laufende Therapie kann mit Frist von zwei Wochen bis zum nächsten Monatsende beidseitig gekündigt werden.



Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich ausführlich über diese oben genannten Punkte aufgeklärt wurde.

Dieses Dokument wird nach ihrer Unterzeichnung eingescannt, in ihre elektronische Patientenakte gesichert und im Anschluss zur Aktenvernichtung nach Sicherheitsstufe P-3 Schutzklasse 2 in einem Sicherheitscontainer verwahrt.

Vor-und Nachname (in Druckbuchstaben)

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Vor-und Nachname (in Druckbuchstaben)

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigter