

# Honorarvereinbarung gemäß § 2 GOÄ/GOP über psychotherapeutische Leistungen

zwischen

Dipl. Soz.-Päd. Iris Gothe, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin  
Privatpraxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (Verhaltenstherapie)  
Käfertaler Str. 147, 68167 Mannheim

und

Rechnungsempfänger (Elternteil/Sorgeberechtigte):

Adresse:

Email:

Name des Patienten:

Angabe zur Versicherung

Beihilfe

Private Krankenversicherung

gesetzliche Krankenversicherung

Selbstzahler

Name des Kostenträgers:

Der Rechnungsempfänger erklärt sich damit einverstanden, die Kosten für sämtliche in Rechnung gestellten psychotherapeutischen Leistungen gemäß GOÄ/GOP sowie analog berechneter Leistungen zu übernehmen.

Die Höhe der berechneten Leistungen und Steigerungssätze orientiert sich an der gemeinsamen Abrechnungsempfehlung vom 01.07.2024 der Bundespsychotherapeutenkammer, der Bundesärztekammer, des Verband der Privaten Krankenversicherung sowie der Beihilfestellen von Bund und Ländern.

Neben Leistungen für psychotherapeutische Sprechstunden, probatorische Sitzungen und psychotherapeutische Behandlungen können auch Leistungen für Testdurchführung und -auswertung, Erhebung des psychologischen Befundes, biografische Anamnese, Erstellung von Befundberichten und Stellungnahmen, Gespräche mit Bezugspersonen sowie weitere in der Abrechnungsempfehlung aufgeführte Leistungen berechnet werden.

Die Höhe der Erstattung durch private Krankenversicherungen, Beihilfestellen oder andere Kostenträger richtet sich ausschließlich nach den jeweiligen individuellen Vertragsbedingungen. Eine vollständige Erstattung kann nicht garantiert werden.

Der Rechnungsempfänger verpflichtet sich, das Honorar in voller Höhe unabhängig von einer vollständigen oder teilweisen Erstattung durch Dritte fristgerecht zu begleichen.

**Ausfallhonorar:** Wird ein vereinbarter Termin nicht wahrgenommen oder weniger als 24 Stunden vor dem Termin abgesagt, wird ein Ausfallhonorar fällig, das privat in Rechnung gestellt wird. Dies gilt auch dann, wenn der Termin aufgrund von Krankheit, verspäteter Anreise oder anderer nicht verschuldeter Gründe nicht wahrgenommen werden kann. Das Ausfallhonorar beträgt **60,00 Euro**.

**Datenweitergabe bei Zahlungsausfall:** Es kann immer Gründe geben, weshalb Sie mit einer Rechnung in Rückstand geraten. Sie erhalten in der Regel zunächst eine Zahlungserinnerung und bei weiterer unbegründeter Säumnis eine Mahnung.

Sollten Sie auch danach die Rechnung nicht begleichen und keinen Kontakt mit mir aufnehmen, um mögliche Lösungen zu besprechen, behalte ich mir vor, die zur Durchsetzung der Forderung erforderlichen Rechnungs- und Kontaktdaten an ein Inkassounternehmen weiterzugeben. Die Zustellung der Rechnung erfolgt per PDF an o.g. Email-Adresse. Sollten Sie die Rechnung per Post **wünschen, teilen Sie mir dies mit.**

**Zahlungsfrist:**

Der Rechnungsempfänger erklärt sich mit den oben genannten Bedingungen einverstanden und verpflichtet sich, Rechnungen spätestens innerhalb von **14 Tagen nach Rechnungsstellung** zu begleichen.

Ort/Datum

Unterschrift

Steuernummer: 37185/25037

ING IBAN: DE78 5001 0517 5413 8245 80 BIC: INGDEFFXXX