

Christoph Treubel

Psychotherapeutische Praxis für Kinder und Jugendliche

Kostenübernahmeerklärung bei privater Krankenversicherung/Beihilfe

Patient/in: _____
(Name, Geburtsdatum)

Hauptversicherte/r: _____
(Name, Wohnadresse)

Versicherung: _____

Auszug aus der Gebührenordnung für Psychotherapeuten:

(Weitere Leistungen insbesondere aus Abschnitt B des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen können nachgelesen werden unter https://www.gesetze-im-internet.de/go__1982/anlage.html)

Leistung	GOP-Ziffer	Steigerungsfaktor*	Betrag in €	Anzahl
Psychotherapeutische Sitzung (50 Minuten)	870	2,3	100,55	Nach Bedarf festzulegen
Probatorische Sitzung (50 Minuten)	870	2,3	100,55	In der Regel bis zu 5x vor Antragstellung
Erhebung biografische Anamnese	860	2,3	123,34	Einmalig zu Beginn
Diagnostik (Fragebögen)	857	1,8	12,17	Nach Bedarf festzulegen
Diagnostik (psychometrische Testverfahren)	856	1,8	37,88	Nach Bedarf festzulegen
Diagnostik (projektive Testverfahren)	855	1,8	75,75	Nach Bedarf festzulegen
Therapieantrag (falls erforderlich)	85	2,3	67,03	Je angefangene Stunde
Ausfallhonorar **	---	---	75,00	Je ausgefallene Sitzung (50 Minuten)

* Bei entsprechender Indikation kann der Steigerungsfaktor bis zum 3,5-fachen Satz (2,5-fachen Satz bei Testdiagnostik) erhöht werden, zum Beispiel bei überdurchschnittlichem Aufwand, schwierigem Krankheitsverlauf, Mehrpersonensetting, Terminen nach 20.00 Uhr/am Wochenende, Exposition außerhalb der Therapieräume, außerplanmäßige Notfalltermine, hoher zeitlicher Aufwand eines Tests o.ä.

** Kann bei unentschuldigtem Fehlen oder Absagen weniger als 48 Stunden vor dem Termin berechnet werden. Es erfolgt in der Regel keine Erstattung durch die Versicherung (keine GOP-Leistung).

Die jeweilige Erstattung der Kosten einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung ist von der Ausgestaltung Ihres Versicherungsvertrages abhängig. Bitte informieren Sie sich im eigenen Interesse frühzeitig bei Ihrer Versicherung über Bedingungen und Modalitäten.

Erklärung des/der Sorgeberechtigten zur Abrechnung der Behandlung:

Mein/unser Kind ist privatversichert bzw. privatversichert und beihilfeberechtigt. Ich/wir wünsche/n die Rechnungsstellung über die erbrachten Leistungen gemäß Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP) an mich/uns. Mir/uns ist bekannt, dass ich/wir dem Psychotherapeuten das Honorar persönlich in voller Höhe gemäß Rechnungslegung schulde/n, unabhängig von einer Erstattung durch die Krankenversicherung/Beihilfestelle.

Ort, Datum, Unterschrift