

# Christoph Treubel

Psychotherapeutische Praxis für Kinder und Jugendliche

---

## Kostenübernahmeerklärung bei privater Krankenversicherung und Beihilfe

Patient/in:

\_\_\_\_\_  
(Name, Geburtsdatum)

Hauptversicherte/r:

\_\_\_\_\_  
(Name, Wohnadresse)

Versicherung:

\_\_\_\_\_

### **Auszug aus der Gebührenordnung für Psychotherapeuten sowie der gemeinsamen Abrechnungsempfehlungen zur Erbringung neuer psychotherapeutischer Leistungen vom 01.07.2024:**

Leistung	GOP-Ziffer	Steigerungsfaktor	Betrag in €	Anzahl
Psychotherapeutische Sprechstunde (25 Min.)	812a	2,3	67,03	Bis zu 10x vor Beginn der Therapie
Psychotherapeutische Akutbehandlung (25 Min.)	812a	2,3	67,03	Bis zu 24x pro Jahr
Psychotherapeutische Kurzzeittherapie (25 Min.)	812a	2,3	67,03	2x pro Termin, 24 Termine pro Jahr
Psychotherapeutische Langzeittherapie (50 Min.)	870	2,3*	100,55	Nach Bedarf festzulegen
Erhebung des aktuellen psychischen Befundes	801a	2,3	33,52	Je Durchführung
Erhebung der biografischen Anamnese	860a	2,3	123,34	Einmalig zu Beginn der Therapie
Therapieantrag	85a	2,3	67,03	Je angefangene Stunde
Diagnostik: Fragebogen	857	1,8*	12,17	Nach Bedarf festzulegen
Diagnostik: Psychometrisches Testverfahren	856	1,8*	37,88	Nach Bedarf festzulegen
Diagnostik: Projektives Testverfahren	855	1,8*	75,75	Nach Bedarf festzulegen
Diagnostik: Testbatterie	855a	2,3	75,75	Je Durchführung
Diagnostik: Klinisches Interview	855a	2,3	75,75	Je Durchführung
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.

\*\* 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) bzw. „Gemeinsame Abrechnungsempfehlungen der Bundesärztekammer, der Bundespsychotherapeutenkammer, dem Verband der Privaten Krankenversicherung und den Beihilfestellen von Bund und Ländern zur Erbringung neuer psychotherapeutischer Leistungen“ vom 01.07.2024 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