



Natascha Ehlers, M.Sc.

**Psychologische Psychotherapeutin für Psychoanalyse & TfP
Zusatzqualifikation in Psychoonkologie & Hypnotherapie**

Behandlungsvertrag

Nach ausführlicher Information und Aufklärung über die Rahmenbedingungen und Inhalte einer ambulanten Psychotherapie wird zwischen

Natascha Ehlers

und

Frau/Herrn _____,

geb. am _____,

wohnhaft in _____,

die Durchführung einer psychotherapeutischen Behandlung vereinbart.

Abrechnung der Behandlungskosten

Die Abrechnung der Psychotherapiekosten erfolgt gemäß:

- ☐ Private Krankenversicherung (Deutschland) bei _____
Abrechnung gemäß GOP durch Natascha Ehlers, Einreichung durch die/ den PatientIn
- ☐ Beihilfeberechtigung (Beihilfestelle: _____)
- ☐ Gesetzliche Krankenversicherung (Deutschland) bei _____
Private Behandlung mit Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 oder 3 SGB V. Abrechnung gemäß GOP durch Natascha Ehlers.
- ☐ Private Krankenversicherung (Spanien) bei _____
- ☐ Private europäische Krankenversicherung bei _____
- ☐ SelbstzahlerIn: Ich trage die Behandlungskosten unabhängig von einer Erstattung durch Dritte selbst.
- ☐ Honorarschuld: Unabhängig von einer möglichen Erstattung schulde ich das Honorar Natascha Ehlers persönlich in voller Höhe. Mir ist bekannt, dass Krankenkassen Kosten ggf. nicht vollständig erstatten.

Ausfallhonorar

- ☐ Bei nicht rechtzeitiger Absage (mindestens 48 Stunden vor dem Termin) wird ein Ausfallhonorar in Höhe von 50 % des entgangenen Honorars berechnet. Dieses ist von dem/der PatientIn selbst zu tragen und nicht erstattungsfähig. Ein nicht abgesagter Termin wird zu 100 % des vereinbarten Honorars in Rechnung gestellt.

Schweigepflicht und Datenschutz

Natascha Ehlers unterliegt der gesetzlichen Schweigepflicht. Auskünfte an Dritte erfolgen nur mit ausdrücklicher Einwilligung dem/der PatientIn.

- ☐ Ich stimme einer anonymisierten Darstellung des Behandlungsverlaufs in Intervention und/oder Supervision zu.
- ☐ Ich entbinde vorbehandelnde und mitbehandelnde Ärztinnen/*Psychotherapeutinnen* in gesonderter Erklärung gegenseitig von der Schweigepflicht.
- ☐ Video- und Audioaufnahmen von Sitzungen sind nur mit beiderseitigem Einverständnis erlaubt; Mitschnitte werden nicht gespeichert.

Elektronische Kommunikation

Ich wurde über die Unsicherheit elektronischer Kommunikationswege informiert und bin einverstanden mit der Nutzung folgender Kanäle (v.a. für organisatorische Zwecke):

- ☐ SMS
- ☐ Whatsapp
- ☐ E-Mail _____
- ☐ Sonstiges _____

Kündigung

Der Behandlungsvertrag kann von dem/der PatientIn mündlich oder schriftlich gekündigt werden.

- ☐ Das Merkblatt zur ambulanten Psychotherapie habe ich erhalten und gelesen.
Das Original verbleibt in der Praxis, eine Kopie erhält der/die PatientIn.

Ort

Datum

Unterschrift PatientIn

Unterschrift Natascha Ehlers