

Honorar(ausfall)-Vereinbarung für die psychotherapeutische Behandlung von Erwachsenen

Hartmut Gerlach, RA, Justiziar der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg, Stuttgart, und Dieter Best,
Stellvertretender Bundesvorsitzender der Vereinigung
der Kassenpsychotherapeuten, Vizepräsident der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz, Ludwigshafen

Honorar(ausfall)-Vereinbarung

Der/Die Patient/in _____ geb. am _____

und die **Ambulanz des John-Rittmeister-Instituts Kiel**
Ambulanzleitung:

017405900
John-Rittmeister-Institut
für Psychoanalyse, Psychotherapie und
Psychosomatik Schleswig-Holstein e. V.
Stresemannplatz 4 24103 Kiel
Tel.: 0431-8886295
(Ambulanzstempel)

vereinbaren Folgendes:

Die/der BehandlerIn der Institutsambulanz reserviert die erforderlichen Therapiestunden zu festen, einvernehmlich vereinbarten Terminen. Da er/sie eine Bestellpraxis führt und psychotherapeutische Behandlungen über einen längeren Zeitraum durchgeführt werden, kann er/sie nicht kurzfristig neue Patienten annehmen oder Einzeltermine vereinbaren. Vereinbarte Stunden, die der Patient nicht wahrnimmt, kann die Ambulanzleitung - vertreten durch den/die BehandlerIn - deshalb in der Regel nicht anderweitig besetzen; sie wird sich aber darum bemühen.

Die Institutsambulanz ist deshalb berechtigt, alle reservierten Stunden, die vom Patienten nicht wahrgenommen wurden, **unabhängig vom Grund der Verhinderung**, sei es wegen Krankheit, Vergessen, Verkehrsproblemen u. a. m., privat dem Patienten als Ausfallhonorar in Rechnung zu stellen (Schadensersatz wegen sog. Annahmeverzug des Patienten, der kein Verschulden des Patienten voraussetzt - § 293, 296, 615 BGB5). Weder die gesetzliche noch die private Krankenversicherung übernehmen diesen Honorarausfall.

Stunden, die aus **zwingenden** Gründen rechtzeitig, d. h. mindestens 48 Stunden im Voraus abgesagt werden, werden nicht berechnet.

Für **gesetzlich versicherte Patienten** gilt: Die Höhe des vereinbarten Ausfallhonorars richtet sich nach den Stundensätzen, die die Krankenkasse der/des Patientin/en zum Zeitpunkt des Ausfalls bezahlt.

Der mit der Patientin/ dem Patienten vereinbarte Satz beträgt: € _____

Im Übrigen ist eine Kündigung des Behandlungsvertrages (627 BGB) seitens der/des Patientin/en nur mit einer Ein-Wochen-Frist zulässig; sie hat schriftlich zu erfolgen.

Die/Der Patientin/Patient hat eine Ausfertigung dieser Vereinbarung erhalten, sie mit der/dem BehandlerIn besprochen, ihren Zweck und Inhalt verstanden und erklärt ihr/sein Einverständnis mit ihrer/seiner Unterschrift.

_____, den _____

Patient/in

Ambulanz des John-Rittmeister-Instituts
vertreten durch BehandlerIn

Bankverbindung:

Postbank Hamburg BLZ 200 100 20
Konto 960 868 208
IBAN DE67 2001 0020 0960 8682 08
BIC/SWIFT PBNKDEFF