



## Honorarausfall-Vereinbarung

Herr / Frau \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

und Herr / Frau \_\_\_\_\_ (Therapeut/in)

### vereinbaren Folgendes für die

- eigene Behandlung
- Behandlung der/des Minderjährigen \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_ :

Psychotherapeuten der Ambulanz arbeiten in gleicher Weise wie ambulante Bestellpraxen, also Praxen, in denen nur mit längeren Terminvorläufen gearbeitet wird. Zu einem bestimmten Zeitpunkt wird jeweils nur ein Patient bestellt. Zudem werden psychotherapeutische Behandlungen über einen längeren Zeitraum durchgeführt, so dass bei einer Terminabsage durch den Patienten, bzw. die Erziehungsberechtigten nur schwer kurzfristig neue Patienten aufgenommen oder Einzeltermine vereinbart werden können.

Psychotherapeut und Patient, bzw. die Erziehungsberechtigten reservieren für die Therapiestunden einvernehmlich vereinbarte Termine zu festen Zeiten. Bei Absagen von Behandlungsstunden/ Bezugspersonenstunden ist der Honorarausfall weder durch gesetzliche noch private Krankenversicherungen gedeckt.

Aus diesem Grund ist der Psychotherapeut berechtigt dem Patienten bzw. der Bezugsperson (i. d. R. die Erziehungsberechtigten / Eltern) seinen Honorarausfall privat in Rechnung zu stellen (§ 293, 296 und 615 BGB). Dabei ist es unerheblich aus welchem Grund der Patient / die Bezugsperson verhindert war, es sei denn, das Nichterscheinen ist unverschuldet.

**Das Ausfallhonorar beträgt \_\_\_\_\_ € (Betrag für eine Behandlungseinheit).**

Für Stunden, die aus zwingenden Gründen rechtzeitig, d. h. **mindestens 24 Stunden vorher**, abgesagt werden, wird kein Honorarausfall berechnet, wenn Psychotherapeut und Patient, bzw. Erziehungsberechtigte einen Ersatztermin vereinbaren können, oder wenn der Psychotherapeut die ausgefallene Stunde anderweitig belegen kann.

**Ich erkläre durch meine Unterschrift mein Einverständnis mit dieser Vereinbarung, die in Ergänzung zur Behandlungsvereinbarung gilt.**

Berlin, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in, bzw.  
Unterschrift Erziehungsberechtigte/r  
(bei Kinder und Jugendlichen)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Therapeut/in

**Ich bestätige, dass ich von diesem Formular eine Ausfertigung für meine Unterlagen erhalten habe.**

Berlin, den \_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in, bzw. Erziehungsberechtigte/r  
(bei Kindern und Jugendlichen)