

**Informationen zur Abrechnung für privatversicherte Patientinnen und Patienten sowie Beihilfeberechtigt**

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten, sehr geehrte Sorgeberechtigte,

ich freue mich, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen, und bedanken mich für das Vertrauen, das Sie mir entgegenbringen.

Damit die Abrechnung Ihrer Behandlung möglichst reibungslos erfolgen kann, möchte ich Sie vor Ihrem ersten Termin über einige wichtige Punkte informieren.

**Bitte klären Sie die Kostenübernahme vor Behandlungsbeginn**

Bitte beachten Sie, dass die Kostenübernahme für kinder- und jugendpsychiatrische bzw. psychotherapeutische Leistungen bei privaten Krankenversicherungen und Beihilfestellen je nach individuellem Versicherungsvertrag unterschiedlich geregelt sein kann.

Bitte klären Sie daher vor Ihrem ersten Termin mit Ihrer privaten Krankenversicherung bzw. Ihrem Kostenträger, ob die Kosten der geplanten Diagnostik und Behandlung vollständig übernommen werden. Eine schriftliche Bestätigung der Kostenübernahme wird dringend empfohlen.

**Grundlage der Abrechnung**

Die Abrechnung der in meiner Praxis erbrachten Leistungen erfolgt auf Grundlage der **Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)** sowie – sofern erforderlich – nach den **aktuellen gemeinsamen Abrechnungsempfehlungen der Bundesärztekammer, der Bundespsychotherapeutenkammer, des PKV-Verbandes und der Beihilfeträger**.

Diese Empfehlungen sehen für moderne psychotherapeutische Leistungen sogenannte **Analogziffern** gemäß § 6 Abs. 2 GOÄ vor, da diese Leistungen in der derzeit gültigen GOÄ noch nicht vollständig abgebildet sind.

**Bitte beachten Sie:**

- Die Erstattung der Rechnung richtet sich ausschließlich nach Ihrem individuellen Versicherungsvertrag bzw. den Beihilfevorschriften.
- Die Höhe der Erstattung kann von der Höhe der privatärztlichen Rechnung abweichen.
- Ein eventuell verbleibender Eigenanteil ist von Ihnen selbst zu tragen.
- Der Behandlungsvertrag besteht zwischen Ihnen und unserer Praxis und ist unabhängig von der Erstattung durch Ihren Kostenträger.

Sollten Sie Fragen zur Abrechnung haben, sprechen Sie mich gerne vor Behandlungsbeginn an ([info@kip-gonsior.de](mailto:info@kip-gonsior.de)).

# KINDER- UND JUGENDPSYCHIATERIN ANDREA GONSIOR

---

PATIENT:IN (Name, Vorname und Geburtsdatum)

## Bestätigung der Kenntnisnahme

Ich/Wir bestätigen, die Informationen zur Abrechnung für privatversicherte Patientinnen und Patienten sowie Beihilfeberechtigte erhalten, gelesen und zur Kenntnis genommen zu haben.

## Unterschrift bei Volljährigkeit

Bei volljährigen Patientinnen und Patienten ist ausschließlich die Zustimmung der betroffenen Person erforderlich.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Patient/in

## Unterschriften der Sorgeberechtigten

SORGEBERECHTIGT 1

---

Name; Vorname; Geb.Datum

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

SORGEBERECHTIGT 2

---

Name; Vorname; Geb.Datum

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

Ich danke Ihnen herzlich für Ihr Verständnis und das Vertrauen, das Sie meiner Praxis entgegenbringen.

Die frühzeitige Klärung der Kostenübernahme ist eine wesentliche Voraussetzung für die Durchführung der Diagnostik sowie für eine gegebenenfalls längerfristige kinder- und jugendpsychiatrische bzw. psychotherapeutische Begleitung in meiner Praxis. Sie schafft für alle Beteiligten Planungssicherheit und hilft, spätere Unklarheiten hinsichtlich der Kostenerstattung zu vermeiden.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung. Ich freue mich darauf, Sie und Ihr Kind in meiner Praxis begrüßen und Sie auf dem weiteren Behandlungsweg begleiten zu dürfen.

**Ihre Kinder- & Jugendpsychiaterin Andrea Gonsior**