



**Hiermit wird zwischen der**

Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Frau Christina Wehleit,  
Seestr. 22, 27442 Gnarrenburg

und (im Folgenden Patient)

Name: .....

Geboren am: ..... in: .....

vertreten durch die Eltern bzw. gesetzlichen Vertreter:

Herr/Frau .....

wohnhaft: .....

folgende Vereinbarung geschlossen:

Die Rechnungsstellung erfolgt durch Frau Wehleit jeweils am Ende des Quartals, entsprechend der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. der Gebührenordnung für Psychologen (GOP), üblicherweise mit dem 2,3fachen Steigerungssatz. Unabhängig von der Erstattung durch Dritte (z.B. private Krankenversicherung oder Beihilfe) ist der Patient als Rechnungsempfänger für die termingerechte Zahlung verantwortlich.

Die Zahlungsverpflichtung besteht demnach unabhängig davon, ob die Krankenkasse oder ein anderer Kostenträger diese Kosten dem Patienten zurückerstattet.

Nebenkosten, die durch die Therapie entstehen, müssen durch den Patienten gesondert getragen werden.

Der genannte Betrag ist spätestens 14 Tage nach Erhalt der Rechnung auf das auf der Rechnung angegebene Konto zu überweisen.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich diese Vereinbarung anerkenne.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Für die Praxis

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift