

Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie  
Karin Jost-Stenger  
Querenburger Höhe 291, 44801 Bochum  
Tel. 02 34 – 9 36 90 82, Fax: 02 34 – 9 36 90 83  
Web: www.kindertherapie-bochum.de  
Mail: praxis-kjs@t-online.de



## Therapievertrag

Liebe Eltern,  
liebe Patientin, lieber Patient,

plötzliche Gründe gibt es viele:

- Überstunden in der Firma
- Das Kind erkrankt
- Widrige Wetterverhältnisse (mit Glatteis, Schnee o.ä.)

Aus diesen und anderen Gründen können manchmal Termine von unseren Patienten kurzfristig nicht wahrgenommen werden. Sollten Sie den Termin einmal nicht einhalten können, informieren Sie uns bitte umgehend, mindestens jedoch zwei Arbeitstage vorher (48-Stunden-Regelung), damit wir den Termin anderweitig vergeben können.

Wenn Patienten ohne abzusagen Termine nicht einhalten, werden Therapiestunden blockiert. Andere Patienten warten dagegen sehr lange auf einen Termin. Im Unterschied zu einer ärztlichen Praxis vergeben wir feste Termine und halten die vereinbarte Zeit für Sie reserviert. Wartezeiten in überfüllten Warteräumen sind deshalb bei uns nicht üblich. Damit diese Arbeitsweise aufrechterhalten werden, weisen wir darauf hin, dass für Sitzungen, die nicht mindestens zwei Werktage vor dem vereinbarten Termin abgesagt werden, die Sitzungskosten von Ihnen privat zu entrichten sind. Die Krankenkasse kann versäumte Stunden natürlich nicht honorieren.

Das Honorar für nicht wahrgenommene Termine beträgt € 65.00.

Falls Sie aus krankheitsbedingten Gründen Ihren Termin nicht wahrnehmen können, benötigen wir eine ärztliche Bescheinigung.

Bitte haben Sie dafür Verständnis, dass Termine mit Ihnen persönlich abgerechnet werden müssen, wenn Sie die Frist nicht einhalten bzw. wenn Sie unangekündigt nicht zu den Therapieterminen erscheinen. Selbstverständlich bedeutet diese Regelung nicht, dass wir Ihnen unser Verständnis für eine zum Stundenversäumnis führende Notlage verweigern.

Vor Aufnahme einer Therapie werden wir diese und andere Regelungen auf Wunsch nochmals mit Ihnen besprechen.

**Ich habe obigen Text gelesen und bin damit einverstanden.**

Vorname/Name Patient(in) \_\_\_\_\_

Vorname/Name Sorgeberechtigte(r) \_\_\_\_\_

Ort/Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift(en) \_\_\_\_\_