



Dr. med. Annette Haller
Fachärztin Kinder- und Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie
Schwerpunkt Psychotherapie

Steinbeisstraße 12
73037 Göppingen
Tel: 07161 4049857
Fax: 07161 5056630
info@dr-haller.de

Erklärung zur privatärztlichen Behandlung oder für Selbstzahler

O a: **Als Sorgeberechtigte** wird eine privatärztliche Behandlung für das Kind gewünscht

_____ geb.am: _____

O b: **Ich als mündiger Patient** wünsche eine privatärztliche Behandlung:

_____ geb.am: _____

Hauptversicherungsnehmer ist: _____

wohnhaft _____

Krankenkasse : _____

Beihilfe (mit Anschrift): _____

Unabhängig von der Höhe der Erstattung durch Dritte (private Krankenkasse, Beihilfe, Postbeamtenkasse) schulde ich als Vertreter des Patienten / als selbstversicherter Privatpatient der Praxis das Honorar in voller Höhe und kümmere mich selbständig nach Erhalt der Rechnung, die nach GOÄ mit dem 3,5fachen Steigerungssatz für Termine berechnet werden, um die Kostenerstattung. Privat versicherte Patienten sollten in ihren Versicherungsverträgen die Anzahl der Stunden nachlesen, die durch die Kasse beim Psychiater / Psychotherapeuten pro Jahr übernimmt.

Sollten sich die Versicherungsverhältnisse ändern, so informiere ich Frau Dr. Annette Haller rechtzeitig.

Ort, Datum: Unterschrift des Hauptversicherten

O c: **Selbstzahler: Als Sorgeberechtigte** wünsche(n) ich / wir eine privatärztliche Behandlung für meine Tochter / meinen Sohn, obwohl sie / er gesetzlich krankenversichert ist. Mir / uns ist bewusst, dass nachträglich keine Veränderung der Abrechnungsmodalitäten zum Beispiel zu Lasten der gesetzlichen Kasse erfolgen kann. Basis einer Privatabrechnung sind Leistungen laut GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) - mit dem Steigerungssatz 2,3 bei Sitzungen - mit angepasstem Steigerungssatz bei Testungen, Briefen, Telefonaten ... Genauer beschreibt ein Vertrag vorab.

Mir wurde von Frau Dr. Annette Haller versichert, dass sie keinen Unterschied in der psychotherapeutischen Behandlung gesetzlich oder privat versicherter Patienten macht und die gesetzlichen Kassen ausreichenden Spielraum für eine angemessene Diagnostik und Therapie liefern. Dennoch wünsche(n) ich /wir eine private Intervention für:

Patient: _____ geb.am: _____

Ort, Datum: Unterschrift **aller** Sorgeberechtigten