

## Behandlungsvertrag mit Honorarvereinbarung – Stand November 2025

Zwischen Dr. Tiffany Bingmann und

Name: \_\_\_\_\_

Straße und Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ und Wohnort: \_\_\_\_\_

Versicherung: \_\_\_\_\_

im weiteren Verlauf Klient genannt, wird folgender Behandlungsvertrag geschlossen:

### §1 Gegenstand des Vertrages

Gegenstand dieses Vertrages ist die Durchführung von psychotherapeutischen Sitzungen im Rahmen der Verhaltenstherapie gemäß den Bestimmungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

### §2 Honorarvereinbarung

Die Abrechnung erfolgt auf Grundlage der GOÄ-Ziffer 870 (Psychotherapie, Verhaltenstherapie, 50 Minuten). Der Steigerungssatz beträgt bis zu 3,5-fach des einfachen Satzes gemäß § 2 Abs. 1 GOÄ.

Dem Klienten ist bekannt, dass unabhängig von der teilweisen oder vollständigen Erstattung durch Dritte (z.B. private Krankenversicherung, Beihilfestelle, gesetzliche Krankenversicherung im Kostenerstattungsverfahren bei §13 Abs. 2 oder 3 SGB V) das Honorar der Praxis persönlich in voller Höhe schulde. Die Vereinbarung erfolgt freiwillig und vor Beginn der Behandlung.

### §3 Ausfallhonorar

Ich verpflichte mich, bei Verhinderung einen vereinbarten Behandlungstermin möglichst zwei Arbeitstage vorher unter 07127 5608911 oder auf [kontakt@bingmann-psychotherapie.de](mailto:kontakt@bingmann-psychotherapie.de) (Samstag gilt nicht als Arbeitstag, da die Praxis samstags nicht besetzt ist). Da die Praxis eine Bestellpraxis ist, können vereinbarte Stunden, die nicht wahrgenommen bzw. kurzfristig abgesagt werden, in der Regel nicht anderweitig besetzt werden. Die Praxis ist deshalb berechtigt, alle reservierten Stunden, die von mir nicht wahrgenommen wurden als Ausfallhonorar in Rechnung zu stellen (Schadensersatz wegen sog. Annahmeverzug des Patienten, der kein Verschulden des Patienten voraussetzt – §§ 293, 296, 615 BGB5). Stunden, die von mir aus zwingenden Gründen rechtzeitig – d.h. bis 2 Arbeitstage im Voraus – abgesagt werden, werden nicht

berechnet. Das Ausfallhonorar beträgt 100€ und wird in Rechnung gestellt. Der Klient stimmt der Ausfallhonorarvereinbarung zu.

Wenn Termine nicht verlässlich wahrgenommen werden, kann die Therapie von Seiten der Therapeutin vorzeitig zu beendet werden.

#### §4 Zahlungsmodalitäten

Die Abrechnung erfolgt monatlich direkt an oben genannte Adresse. Die Zahlung ist innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungserhalt fällig.

#### §5 Schweigepflicht und Datenschutz

Die Therapeutin verpflichtet sich zur Verschwiegenheit und zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen.

Der Therapeutin wird gestattet, meinen Fall mit einer/m Supervisor/in, der/die ebenfalls zur Verschwiegenheit verpflichtet ist, ohne Namensnennung zu besprechen.

#### §6 Vertragsdauer und Kündigung

Der Vertrag kann von beiden Seiten jederzeit schriftlich gekündigt werden. Bereits erbrachte Leistungen sind zu vergüten.

#### §7 Notfall

Der Klient versichert, während der Dauer der Psychotherapie keinerlei Suizidhandlungen vorzunehmen. Falls die Therapeutin nicht erreichbar ist und der Klient dies nicht mehr garantieren kann, kontaktiert er den behandelnden Hausarzt/ Psychiater bzw. diensthabenden Arzt des hausärztlichen Notdiensts (116 117), den Rettungsdienst (112) oder die Notaufnahme der nächstgelegenen psychiatrischen Klinik (z. B. Medius Klinik Kirchheim, Eugenstraße 3, 73230 Kirchheim unter Teck, 07021 88-0).

#### §8 Sonstiges

Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform. Zu dem vorliegenden Behandlungsvertrag wurden jedwede Fragen mit der Therapeutin besprochen, der Inhalt und Zweck verstanden und das Einverständnis des Klienten mit untenstehender Unterschrift erklärt.

Ort, Datum

---

Unterschrift Klient

---