**Psychoanalyse im Zentrum – PIZ**

**Aus- und Weiterbildungsstätte für psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie Hannover e. V. (DPG, DGPT)**

Karmarschstr. 40, 30159 Hannover

Tel.: 0511 – 80 47 90

mail@li-hannover.de

**Bereitstellungsgebühr/Honorarausfallvereinbarung**

Frau/Herr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, geb. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

und Frau/Herr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Behandler\*in)

vereinbaren im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung an der obengenannten Aus- und Weiterbildungsstätte

eine **Bereitstellungsgebühr/Honorarausfallgebühr** von

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ € pro Behandlungsstunde,**

**die vom Patienten/von der Patientin kürzer als 24 Stunden vor Behandlungsbeginn oder gar nicht abgesagt wurde, unabhängig vom Grund der Verhinderung.**

**Diese Gebühr wird der Patientin/dem Patienten privat in Rechnung gestellt (§ 293, 296 und 615 BGB).**

Diese Vereinbarung begründet sich darin, dass der Behandler/die Behandlerin für den Patienten/die Patientin einvernehmlich vereinbarte Termine zu festen Zeiten reserviert, die bei kurzfristigen Absagen nicht anderweitig besetzt werden können.

Bei Absage von Behandlungsstunden ist der Honorarausfall nicht durch die Krankenversicherung gedeckt.

**Ich erkläre durch meine Unterschrift mein Einverständnis mit dieser Vereinbarung.**

Hannover, den

Unterschrift Patient\*in Unterschrift Behandler\*in