

# Bestätigung der Praxis

*Zusicherung der kurzfristigen Behandlungsübernahme*

An die gesetzliche Krankenkasse der / des Versicherten

## Angaben zur Patientin / zum Patienten

**Name, Vorname**

---

**Geburtsdatum**

---

**Krankenkasse / Versichertennummer**

---

## Bestätigung

Hiermit bestätige ich, dass ich die ambulante psychotherapeutische Behandlung der oben genannten Person kurzfristig übernehmen kann. Die Behandlung erfolgt in meiner Privatpraxis auf Grundlage der Zulassung nach dem Heilpraktikergesetz für den Bereich der Psychotherapie.

Die Abrechnung erfolgt in Anlehnung an die Gebührenordnung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (GOP). Die Höhe der Gesamtkosten richtet sich nach den erbrachten Leistungen und der Komplexität des Behandlungsanliegens.

## Angaben zur Behandlerin

|                    |                      |
|--------------------|----------------------|
| <b>Behandlerin</b> | Katharina Schwalbach |
|--------------------|----------------------|

|                      |                                            |
|----------------------|--------------------------------------------|
| <b>Qualifikation</b> | Psychologin (MA), Psychotherapeutin (HPrG) |
|----------------------|--------------------------------------------|

|               |                            |
|---------------|----------------------------|
| <b>Praxis</b> | Erding · Oberding · Online |
|---------------|----------------------------|

|                |                      |
|----------------|----------------------|
| <b>Kontakt</b> | [Telefon] · [E Mail] |
|----------------|----------------------|

**Ort, Datum, Unterschrift und Stempel**

---

