

Psychotherapeutische Praxisgemeinschaft

Katrin Kömm

Arndtstraße 12 | 97072 Würzburg

0931/99164260

koemm@kjp-wue.de

Datum:

Psychotherapievertrag

zwischen

o.g. Therapeutin Katrin Kömm und Versichertem:

Name: _____

Adresse: _____

für Patient (Kind/Jugendliche/r):

Name: _____

Adresse, falls abweichend: _____

Ich versichere hiermit, die Kosten für die Behandlung meines Sohnes/meiner Tochter zu tragen, auch wenn die Versicherung nicht die ganze Summe übernimmt. Ich habe mich über die Vertragsbedingungen der meiner Versicherung für Psychotherapie informiert und etwaige Anträge angefordert.

Ich bin versichert bei _____.

Ich bin beihilfeberechtigt ja/nein.

Versicherungsnummer _____

Personalnummer _____

Datum /Ort

Unterschrift