

# Dipl.-Psychologe Sebastian Felix

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut



Sebastian Felix Kirchstraße 3-7 48565 Steinfurt

Sebastian Felix  
Kirchstraße 3-7 48565 Steinfurt  
[www.kindertherapie-steinfurt.de](http://www.kindertherapie-steinfurt.de)

Fon 02551 / 9965333 Fax 02551 / 9965334  
[sebastian.felix@kindertherapie-steinfurt.de](mailto:sebastian.felix@kindertherapie-steinfurt.de)

BSNR: 197159300  
LANR: 919463269

## Honorarvereinbarung nach § 2 GOÄ über psychotherapeutische Leistungen

Hiermit wird zwischen Herrn Dipl.-Psych. Sebastian Felix nachfolgend Psychotherapeut genannt und Frau/Herrn (Sorgeberechtigte:r) \_\_\_\_\_

nachfolgend Patient:in genannt vereinbart, dass unabhängig von der Erstattung durch Dritte, z.B. Private Krankenversicherung, Beihilfe nach persönlicher Absprache für die psychotherapeutische Behandlung durch Herrn Felix oder eine(m) seiner Angestellten gemäß der GOÄ/GOP folgende Steigerungsfaktoren berechnet werden:

Der Steigerungsfaktor für die Ziffer 870 (Verhaltenstherapie, Einzelbehandlung) beträgt 3,1. Dies entspricht einem Betrag von 135,52 €.

Der Steigerungsfaktor für die Ziffern 855, 856, 857 (Anwendung und Auswertung diagnostischer Testverfahren) beträgt 2,5 und entspricht folgenden Beträgen: 855 = 105,21 € , 856 = 52,60 € , 857 = 16,90 €.

Der Steigerungsfaktor für die Ziffer 860 (Erhebung einer biographischen Anamnese) beträgt 2,3 Dies entspricht einem Betrag von 123,34 €.

Der Steigerungsfaktor für die Ziffer 808 (Antrag auf Feststellung der Leistungspflicht im Rahmen des Gutachterverfahren) beträgt 3,5. Dies entspricht einem Betrag von 81,60 €.

Der Steigerungsfaktor für die Ziffern 1 (Beratung), 3 (eingehende Beratung) und 4 (Fremdanamnese) beträgt 3,5 und entspricht folgenden Beträgen: 1 = 16,32 € , 3 = 30,60 € , 4 = 44,88 €.

Die/der Patient\*in schuldet das Honorar persönlich in voller Höhe gemäß Rechnungslegung gegenüber dem Psychotherapeuten. Die Honorierung der Psychotherapeuten richtet sich nach GOP/GOÄ.

Bitte beachten Sie, dass hier wahrscheinlich ein Kostenanteil für Sie je nach Ihrem Versicherungsschutz entstehen kann!

---

Ort

---

Datum

---

Patient/Patientin  
(Sorgeberechtigte:r)

---

Psychotherapeut