

Anmeldung zur Therapie

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

E-Mail _____

Telefon/ Handy/ SMS _____

Krankenkasse _____

Familienversichert bei (Name, Anschrift, Geburtsdatum) _____

Hausarzt/ behandelnder Arzt _____

Wie wurden Sie auf meine Praxis aufmerksam? _____

Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht sowie den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt.

Die automatische Übertragung meiner Daten in die elektronische Patientenakte (ePA) lehne ich hiermit ab.

Kostenübernahme: Hiermit bestätige ich, darüber aufgeklärt worden zu sein, im Falle einer fehlenden Kostenübernahme meiner Krankenkasse, die Kosten für die psychotherapeutischen Leistungen selbst zahlen zu müssen. Psychotherapeutische Leistungen (bspw. Sprechstunden, Diagnostik, Telefongespräche, Bescheinigungen, Befundberichte) werden nach der Gebührenordnung für Psychotherapeuten GOP oder EBM berechnet. Ein solcher Fall tritt beispielsweise ein, wenn Ihre Krankenkasse die Kosten für eine gleichzeitige Behandlung in einer Reha oder Psychiatrischen Institutsambulanz (PiA) nicht übernimmt (Regress). Eine solche Entscheidung kann von jeder Krankenkasse individuell getroffen werden. Bitte wenden Sie sich bei Fragen an Ihre Krankenkasse!

Terminausfall: Sollten Sie aus einem wichtigen Grund einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, so bitte ich um rechtzeitige Absage (mind. 48 Stunden vorher) per E-Mail oder SMS. Ich führe eine reine Bestellpraxis. Ich reserviere für Sie feste Termine, in denen ich nur für Sie zur Verfügung stehe. Dies bringt mit sich, dass kurzfristig abgesagte Termine nicht wieder belegt werden können und ich Ihnen bei einer nicht fristgerechten Absage die ausgefallene Sitzung in Rechnung stellen muss.

Einverständniserklärung: Der Speicherung meiner persönlichen Daten und Weitergabe an Ärzte und Überweiser stimme ich hiermit zu. Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren. Die prinzipielle Unsicherheit der verschiedenen Telekommunikativen und digitalen Kommunikationswege ist mir bekannt. Ich wünsche dennoch, mit der Praxis via oben genannter E-Mail-Adresse und Telefonnummer zu kommunizieren.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Ort, Datum, Unterschrift Patient bzw. Patientin