

Anmeldung zur Therapie

Name, Vorname _____

Anschrift _____

Geboren am _____

Krankenkasse _____

Familienversichert bei (Name, Anschrift, Geburtsdatum) _____

Hausarzt/ behandelnder Arzt _____

Wie wurden Sie auf meine Praxis aufmerksam? _____

Zur Kommunikation mit der Praxis bitte ich, folgende Kontaktdaten zu nutzen:

Handy/ sms _____

E-Mail mit folgender E-Mail-Adresse: _____

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

Psychotherapeutische Videositzungen

Psychotherapeutische Leistungen können in bestimmten Fällen als Videositzung erbracht werden.

Für die Videositzungen gelten folgende Regelungen:

- + Die Videositzung wird nur durch die Psychotherapeutin durchgeführt.
- + Für die psychotherapeutischen Videositzungen wird ein von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zertifizierter Anbieter genutzt.
- + Psychotherapeutische Videositzungen finden in ruhigen, geschlossenen Räumen statt.
- + Zu Beginn der Videositzungen müssen beide Seiten alle im Raum anwesenden Personen vorstellen.
- + Die Videositzung darf von keiner/m Teilnehmer*in mitgeschnitten oder gespeichert werden.

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

Hiermit willige ich in die Durchführung von psychotherapeutischen Videositzungen unter den oben genannten Voraussetzungen ein.

Der Speicherung meiner persönlichen Daten und Weitergabe an Ärzte und Überweiser stimme ich zu. Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren. Über die prinzipielle Unsicherheit der verschiedenen Telekommunikativen und digitalen Kommunikationswege bin ich informiert.

Ort, Datum, Unterschrift Patient bzw. Patientin