

Therapieanmeldung

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefonnr.: _____

Handynummer: _____

überweisender Arzt: _____

Schule & Klasse/
ggf. Arbeitsgeber: _____

Ansprechpartner
Schule: _____

Mutter

Vater

Name: _____

Name: _____

Vorname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Telefonnummer: _____

Handynummer: _____

Handynummer: _____

Im Falle eines Notfalls bitte kontaktieren:

Beschreiben Sie bitte kurz den Grund der Anmeldung:

Besteht ein Suizidrisiko?

ja

nein

weiß nicht

Liegt akute Eigen- oder Fremdgefährdung vor?

ja

nein

weiß nicht

Nehmen Sie

nein

Medikamente?

ja, und zwar: _____

Hatten Sie schon einmal Psychotherapie?

ambulante Wann und wo? _____ nein

stationär Wann und wo? _____ nein

Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert?

Name und Anschrift der Krankenkasse

Versichertennummer

Name und Anschrift des Hauptversicherten

Versichertennummer d. Hauptversicherten

Bitte nehmen Sie die nachfolgenden Bedingungen für Psychotherapie zur Kenntnis:

1. Die Behandlung wird nach den Bestimmungen des Psychotherapeutengesetzes und den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses für Psychotherapie durchgeführt. Bitte nehmen Sie die **Patienteninformation zur ambulanten Psychotherapie und zum Datenschutz zur Kenntnis**.

2. Ich arbeite nach dem Bestellsystem, d.h. dass ich für Sie immer eine Therapiestunde reserviere. Da die Krankenkasse nur durchgeführte Therapiestunden bezahlt, ist es notwendig, dass Sie die vereinbarten Termine einhalten. Sollten Sie/Ihr Kind einmal verhindert sein, so bitte ich Sie, mir mind. **zwei Tage (48 Stunden)** vor dem Termin abzusagen. Andernfalls muss ich Ihnen bei Nichterscheinen die Sitzung privat berechnen, da ich diese Stunde in der Regel so kurzfristig nicht neu besetzen kann. Das Honorar beträgt in diesem Fall 50,- Euro.

2. Sind Sie privat versichert, sollten Sie sich selbst bei Ihrer Versicherung über deren Bedingungen bei Psychotherapie erkundigen. Nicht jede Versicherung übernimmt die Kosten vollständig, sodass eventuell Zuzahlungen notwendig sind. Unsere Honorare richten sich nach den in der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP) üblichen Sätzen.

3. Sie sind verpflichtet eine **Änderung des Versicherungsverhältnisses** dem Therapeuten gegenüber sofort mitzuteilen. Im Falle eines Versäumnisses haften Sie für finanzielle Folgen.

Ich bin damit einverstanden, dass ich von Herrn Thomas Buchholz oder seinen Mitarbeitern nach den o.g. Bestimmungen psychotherapeutisch behandelt werde.

Ich bin mit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten einverstanden und bin informiert worden, dass diese Daten 10 Jahre nach Behandlungsende gelöscht werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/in oder seines/ihrer Vertreters