

Anmeldebogen

zur Eintragung auf die Warteliste

Bitte beachten:

Der Anmeldebogen ist **NUR** im Original per Post einzureichen.

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Handynummer: _____

Hausarzt: _____

Liegt eine gesetzliche Betreuung vor? nein ja, und zwar: _____

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 Therapie gehabt?

ambulant Wann und wo? _____
 stationär Wann und wo? _____

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 eine Therapiestunde reserviere. Da die Krankenkasse nur durchgeführte Therapiestunden bezahlt, ist es notwendig, dass Sie die vereinbarten Termine einhalten. **Sollten Sie 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 nicht neu besetzen kann. Das Honorar beträgt in diesem Fall 50,- Euro.**
3. 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.
4. Sie sind verpflichtet eine **Änderung des Versicherungsverhältnisses** dem Therapeuten gegenüber sofort mitzuteilen. Im Falle eines Versäumnisses haften Sie für finanzielle Folgen.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, von Herrn Thomas Buchholz oder seinen Mitarbeitern nach den o.g. Bestimmungen psychotherapeutisch behandelt zu werden. 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 (ggf. gesetzlicher Betreuer/in)