

## Anmeldung zur Therapie

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Familienversichert bei (Name, Anschrift, Geburtsdatum) \_\_\_\_\_

Hausarzt/ behandelnder Arzt \_\_\_\_\_

Wie wurden Sie auf meine Praxis aufmerksam? \_\_\_\_\_

Es besteht die Möglichkeit mit der Praxis auch digital zu kommunizieren. Diese Kommunikationswege werden im Wesentlichen für Terminabsprachen und andere organisatorische Abstimmungen genutzt. Sensible persönliche Daten werden nicht digital versendet. Über die prinzipielle Unsicherheit der verschiedenen digitalen Kommunikationswege wurde ich informiert. Ich bin mit der Nutzung folgender Kommunikationswege einverstanden (diese Einwilligung kann ich jederzeit zurücknehmen):

E-Mail \_\_\_\_\_

Telefon/ Handy/ SMS \_\_\_\_\_

**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

**Psychotherapeutische Videositzungen:** Psychotherapeutische Leistungen können in bestimmten Fällen als Videositzung erbracht werden, wenn die Leistung nicht den unmittelbaren persönlichen Kontakt erforderlich macht. Diese Entscheidung erfolgt gemeinsam unter Berücksichtigung Ihres individuellen Krankheitsgeschehens und Ihrer Lebensumstände.

Für die Videositzungen gelten folgende Regelungen:

1. Die Videositzung wird nur durch den bzw. die Psychotherapeut\*in durchgeführt.
2. Für die psychotherapeutischen Videositzungen wird ein von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zertifizierter Anbieter genutzt, der eine technisch sichere Ende-zu-Ende-Verschlüsselung vorhält. Die Inhalte können durch den Videodienstanbieter weder eingesehen noch gespeichert werden.
3. Psychotherapeutische Videositzungen findet in ruhigen, geschlossenen Räumen statt, die eine angemessene Privatsphäre und Vertraulichkeit sicherstellen.
4. 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.

Wichtiger Hinweis für Sie:

Der Datenschutz in der psychotherapeutischen Videositzung hängt auch davon ab, wie gut Ihr Rechner (bzw. Tablet, PC, Smartphone, ...) abgesichert ist. Schadprogramme können nämlich Videoübertragungen aufzeichnen und weiterleiten. Zum Schutz gehören u. a. ein aktuelles Betriebssystem und ein aktuelles Virenschutzprogramm sowie eine aktivierte Firewall.

Hiermit willige ich in die Durchführung von psychotherapeutischen Videositzungen unter den oben genannten Voraussetzungen ein. Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

---

Datum, Unterschrift Patient bzw. Patientin