

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.

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.

Hiermit willige ich in die Durchführung von psychotherapeutischen Videositzungen 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.

Die automatische Übertragung meiner Daten in die elektronische Patientienakte lehne ich hiermit ab. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Ort, Datum, Unterschrift Patient bzw. Patientin