

**Anmeldung zur Psychotherapie**

EINGANGSDATUM  
(bitte freilassen)

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

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Berufsausbildung: \_\_\_\_\_

Aktuelle Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Mailadresse: \_\_\_\_\_

Ich bin  gesetzlich versichert  privat versichert  bei der Beihilfe versichert  Selbstzahler:in

Haben Sie schon einmal eine ambulante Psychotherapie gemacht?  Nein  Ja, dann:

Name der Therapeut:in: \_\_\_\_\_

Wann (falls bekannt mit Datum)? \_\_\_\_\_

Psych. Klinikaufenthalte:  Nein  Ja: Wo/wann zuletzt? \_\_\_\_\_

Hausärzt:in (mit Anschrift): \_\_\_\_\_

Anmeldegrund/Aktuelle Beschwerden: \_\_\_\_\_

Seit wann/mögliche Auslöser? \_\_\_\_\_

An welchen Tagen und zu welchen Uhrzeiten können Sie am besten Therapietermine wahrnehmen?

Wie sind Sie am besten zu erreichen? \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf diese Praxis aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

### Aufklärung und Einwilligung über Kommunikation

Es besteht die Möglichkeit mit der Praxis per Telefon oder per Mail zu kommunizieren. Diese Möglichkeiten werden von mir für Terminabsprachen genutzt. Sensible persönliche Daten werden, außer auf Ihren ausdrücklichen Wunsch und nach vorheriger Absprache, nicht versendet. Der Mail-Austausch erfolgt unverschlüsselt. Diese Kommunikationsart ist nicht sicher und kann eventuell durch Dritte eingesehen und manipuliert werden. Es ist möglich, dass dadurch persönliche Sachverhalte unbefugten Dritten bekannt werden. Über die prinzipielle Unsicherheit dieser Kommunikationsmöglichkeit bin ich informiert (Mehrfachauswahl möglich).

- Ich wünsche telefonisch zu kommunizieren.
- Ich wünsche per Mail zu kommunizieren.

### Vereinbarung zur Absage von Terminen und zur Schweigepflicht

Ich bitte Sie Terminänderungen oder –absagen spätestens 24 Stunden vor Ihrem Termin (bei Montagsterminen bis Freitag 12 Uhr) mit mir abzusprechen oder mir Terminabsagen telefonisch (Anrufbeantworter) oder per Mail mitzuteilen. Für Termine, die kurzfristiger abgesagt bzw. ohne Absage nicht wahrgenommen werden, wird eine *Ausfallentschädigung in Höhe von 85,00 Euro* fällig, die von Ihnen privat getragen werden muss, außer das Nichterscheinen ist durch Krankheit unverschuldet (ggf. mit ärztlichem Nachweis). Eine Kostenerstattung durch die private oder gesetzliche Krankenkasse für nicht rechtzeitig abgesagte oder versäumte Termine findet nicht statt.

Ich nutze zum Zwecke der Qualitätssicherung nach Absprache und Ankündigung Audio- oder Videoaufzeichnungen der Therapiesitzungen. Diese verbleiben in den Praxisräumen, werden ausschließlich lokal gespeichert und nach Abschluss der Therapie gelöscht. Sie unterliegen dem Datenschutz und der Schweigepflicht und werden Dritten nicht vorgespielt, nicht zugänglich gemacht und nicht weitergegeben.

Sie verpflichten sich ebenfalls über alle Informationen, die Sie z.B. durch Wartezimmerkontakte über andere Patient:innen erhalten, gegenüber Dritten zur Schweigepflicht.

Mit dieser Vereinbarung erklären Sie sich durch Ihre Unterschrift einverstanden.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

---

Anmerkungen: