

Anmeldebogen für die psychotherapeutische Sprechstunde

Bitte füllen Sie diesen Bogen so vollständig wie möglich aus. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen/psychotherapeutischen Schweigepflicht.

1. Persönliche Daten

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift (Straße, PLZ, Ort): _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Krankenkasse: _____

Versicherungsstatus (GKV / PKV / Beihilfe): _____

2. Vereinbarung zum Ausfallhonorar

Die psychotherapeutische Sprechstunde wird als Bestellpraxis geführt. Termine werden exklusiv für Sie reserviert. Sollten Sie einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, muss dieser spätestens 48 Stunden vor dem Termin abgesagt werden.

Bei einer Absage weniger als 48 Stunden vor dem Termin oder bei unentschuldigtem Fehlen wird ein Ausfallhonorar in Höhe von 35,00 € in Rechnung gestellt, sofern der Termin nicht kurzfristig anderweitig vergeben werden konnte. Diese Gebühr wird nicht von den Krankenkassen übernommen und ist privat zu entrichten.

[] Ich stimme der oben genannten Regelung zum Ausfallhonorar ausdrücklich zu.

Ort, Datum

Unterschrift (Patient/in)