

## Anmeldebogen

Anmeldung zur (bitte ankreuzen):

Psychotherapie, Regelversorgung, Meine Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Akutversorgung Psychotherapie, Meine Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Teilnahme Facharztvertrag:  Ja  Nein

Psychotherapie privat (Privatversicherte oder Selbstzahler)

Beratung, Coaching, Selbsterfahrung o Sexualtherapie o Paartherapie (keine Kassenleistungen)

Name	
Straße und Hausnr.	
Postleitzahl und Wohnort	
Telefon Festnetz	
Telefon mobil	
Email-Adresse	

Mögliche Therapiezeiten:

Zeitlich flexibel:  Ja  Nein

Bereitschaft zu einer gruppentherapeutischen Behandlung:  Ja  Nein

### Ausfallregelung:

In einer reinen Bestellpraxis wie dieser genießen Sie den Vorteil, keine Wartezeiten zu haben. Da kurzfristig kein anderer Patient Ihren Platz einnehmen kann und ein Terminaustausch aufwändig und schwierig ist, müssen Terminabsagen mindestens drei Tage vorher erfolgen. Bei Absagen nach dieser Frist wird die Sitzung, wenn sie nicht anderweitig belegt werden kann, Ihnen privat in Rechnung gestellt. Die Krankenkassen übernehmen keine Kosten für Sitzungen, die nicht stattgefunden haben! Der Grund spielt dabei keine Rolle.

Diese Regelung habe ich verstanden und stimme ihr zu:

Datum:

Unterschrift:

### Ausfallregelung: (bitte abtrennen und bei Ihren eigenen Unterlagen aufbewahren)

In einer reinen Bestellpraxis wie dieser genießen Sie den Vorteil, keine Wartezeiten zu haben. Da kurzfristig kein anderer Patient Ihren Platz einnehmen kann und ein Terminaustausch aufwändig und schwierig ist, müssen Terminabsagen mindestens drei Tage vorher erfolgen. Bei Absagen nach dieser Frist wird die Sitzung, wenn sie nicht anderweitig belegt werden kann, Ihnen privat in Rechnung gestellt. Die Krankenkassen übernehmen keine Kosten für Sitzungen, die nicht stattgefunden haben! Der Grund spielt dabei keine Rolle.

Diese Regelung habe ich verstanden und stimme ihr zu:

Datum:

Unterschrift :