

Anmeldebogen für Psychotherapie

Psychotherapie
Jonathan Probst
Paulstrasse 8
8400 Winterthur

Datum des Ersttermins:

| | |
|----------------------------|--|
| Grund der Anmeldung | |
|----------------------------|--|

| Persönliche Angaben | |
|---|--|
| Vorname, Name | |
| Strasse, Nummer | |
| Postleitzahl, Ort | |
| Telefonnummer(n) | |
| E-Mail | |
| Geburtsdatum | |
| Aktuelle Medikamente | |
| Notfallkontakt | |
| AHV-Nummer | |
| Kartennr. der Krankenkassenkarte (VEKA Nummer) | |

| Kostenträger (bitte nur eine Wahl) | |
|---|--|
| Selbstzahler*in | <input type="checkbox"/> |
| Grundversicherung | <input type="checkbox"/> Name Krankenkasse: Versichertennummer: |
| Andere (z.B. IV) | <input type="checkbox"/> Verfügungsnummer: |

| Versicherungsmodell (bitte nur eine Wahl) | |
|--|---|
| Modell | <input type="checkbox"/> Hausarztmodell <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> Telmed <input type="checkbox"/> Freie Arztwahl |

Anordnung durch

Name:

Adresse:

Telefonnummer:

○ **Frühere Behandlungen:**

Ich war schon in psychotherapeutischer/psychiatrischer Behandlung:

ja nein

Wenn ja, in welchem Zeitraum:

Name des Behandlers/der Behandlerin:

○ **Terminänderungen:**

Termine müssen im Verhinderungsfall **spätestens 24 Stunden** vorher abgesagt werden, ansonsten wird die Zeit - unabhängig vom Verhinderungsgrund - verrechnet und die Kosten müssen selbst getragen werden. Die Kosten für nicht fristgerecht abgesagte oder versäumte Termine gehen **NICHT** zu Lasten des Krankenversicherers.

○ **Berufliche Schweigepflicht:**

In unserem Berufsstand sind wir an die berufliche Schweigepflicht gebunden. Austausch mit Dritten erfolgt nur mit Ihrer Einwilligung.

Mit Ihrer Unterschrift am Ende des Formulars entbinden Sie Ihre Therapeutin von der Schweigepflicht gegenüber der erwähnten Kontaktperson im Notfall, gegenüber dem anordnenden Arzt/Ärztin oder Psychiater/Psychiaterin sowie gegenüber supervidierenden oder intervidierenden Fachpersonen.

○ **Rechnungszustellung**

Mit Ihrer Unterschrift am Ende des Formulars erklären Sie sich damit einverstanden, dass die Zustellung der Rechnung bzw. der Rechenkopie elektronisch an oben genannte E-Mail-Adresse erfolgt

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben:

Ort, Datum

Unterschrift