



Name, Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>
Anschrift	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>
Mobiltelefon	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>
Behandelnder Hausarzt	<input type="text"/>
Krankenkasse	<input type="text"/>
Versicherungsform	<input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> Beihilfe <input type="checkbox"/> andere: <input type="text"/>

1. Kommunikation & Datenschutz

Ich gestatte der Praxis Visciani mich auf telefonischem und postalischem Weg zu kontaktieren. Zudem kommuniziert die Praxis Visciani für Terminabsprachen oder andere organisatorische Angelegenheiten auch auf digitalen Wegen. Sensible Daten werden nicht digital versendet. Ich willige ein, dass meine personenbezogenen Kontaktdaten zu den genannten Zwecken auf den Kommunikationsgeräten des Therapeuten gespeichert werden. Ich gestatte der Praxis Visciani die Kommunikation mittels folgender digitaler Wege:

SMS Whatsapp E-Mail

Diese Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich zurücknehmen. Über die prinzipiellen Risiken der verschiedenen Kommunikationswege wurde ich unterrichtet. Ich habe zudem das Patienteninformationsblatt zum Datenschutz erhalten.

2. Terminabsagen und Ausfallhonorar:

Ich verpflichte mich im Falle einer Verhinderung meinen vereinbarten Termin so früh wie möglich abzusagen, mindestens jedoch 24 Stunden vorher. Nicht abgesagte Termine können von der Praxis Visciani i.H.v. 70,00 € unabhängig vom Grund der Absage in Privatrechnung gestellt werden. Das Terminausfallhonorar ist bei der Krankenkasse nicht erstattungsfähig.

3. Kostenregelungen

Für gesetzliche Versicherte:



Psychotherapeutische Praxis Visciani

-Anmeldung-

Bei gesetzlich Versicherten erfolgt die Abrechnung der psychotherapeutischen Leistungen mit der jeweiligen Krankenkasse über die kassenärztliche Vereinigung Hessen. Als Patient:in verpflichte ich mich meine Krankenkassen-Chipkarte zu Quartalsbeginn der Praxis Visciani zu Abrechnungszwecken zur Verfügung zu stellen. Mit der Kostenregelung erkläre ich mich hiermit einverstanden.

Für privat Versicherte (einschl. Beihilfe, Selbstzahler):

Als privat versicherte Person verpflichte ich mich eigenständig vor Aufnahme der Psychotherapie Informationen bezüglich der Kostenerstattung bei meiner Krankenkasse einzuholen. Die Rechnungsstellung erfolgt seitens der Praxis Visciani direkt an die versicherte Person. Die Berechnung der psychotherapeutischen Leistungen erfolgt nach den GOP- und GOÄ-Gebührenordnungskatalogen. Mir ist bewusst, dass eine Erstattung durch die Krankenkasse je nach Tarif **eventuell nicht in voller Höhe** erfolgen wird. Rechnungen sind innerhalb von 14 Tagen an die Praxis Visciani in voller Höhe zu entrichten. Eine Liste der relevanten Abrechnungsziffern können Sie in der Praxis in ausgedruckter Form erhalten oder sich auf der Praxis-Homepage im Download-Bereich herunterladen. Mit der Kostenregelung erkläre ich mich hiermit einverstanden.

4. Risiken von Psychotherapie und Notfälle:

Im Laufe der Behandlung kann es zu (meist vorübergehenden) Verschlechterungen der Symptome und/oder auch zu depressiven Gemütszuständen kommen. Psychotherapie kann zudem zu Belastungen in der Partnerschaft oder anderen Beziehungen führen.

Sollte es außerhalb von psychotherapeutischen Sitzungen oder während der Abwesenheit des Psychotherapeuten zu einem Notfall, einer Krise oder Verschlechterungen der Symptomatik kommen, wende ich mich umgehend an den ärztlichen Notdienst.

5. Einwilligung in Videosprechstunde:

In bestimmten Fällen können psychotherapeutische Leistungen auch als Videositzungen erbracht werden. Diese Entscheidung erfolgt gemeinsam mit Ihnen. Videositzungen werden nur durch den Psychotherapeuten durchgeführt und finden in ruhigen, geschlossenen Räumen statt, die eine angemessene Vertraulichkeit sicherstellen. Zu Ihrem Schutz sollten Sie u.a. ein aktuelles Betriebssystem und Virenschutzprogramm sowie eine aktivierte Firewall verwenden.

Hiermit willige ich in die Durchführung von psychotherapeutischen Videositzungen unter den oben genannten Voraussetzungen ein. Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

ja nein

Neu-Isenburg, den Unterschrift: _____