



Aufnahmebogen vom Datum: _____

Name: _____ Vorname: _____ Geb. _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Tel. Festnetz: _____ Mobil: _____

Kinder (Anzahl, Alter): _____ Email: _____

Familienstand:

ledig: _ verheiratet: _ verwitwet: _ geschieden: _ getrennt: _ in fester Partnerschaft: _ Single: _

Welchen Beruf haben Sie erlernt? _____

Welchen Beruf üben Sie zurzeit aus? _____

Arbeitgeber: _____

Krankenkasse: _____ Versicherten-Nr.: _____

versichert als: Mitglied ___ Familienangehöriger ___ Rentner ___

wenn Sie als Familienangehöriger versichert sind: Name des Mitgliedes _____

Geburtsdatum : _____ Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Therapie / Coaching Vertrag:

Eine Sitzung dauert – wenn nicht ausdrücklich anders verabredet – 50 Minuten.

Der Therapeut / Coach unterliegt der gesetzlich festgelegten **Schweigepflicht** Dritten gegenüber.

Bei Beendigung der Therapie wird die Vereinbarung einer **Abschlussitzung** dringend empfohlen. Ca. 1 Jahr nach Beendigung der Therapie werde ich mich voraussichtlich noch einmal melden und für meine Qualitätssicherung um eine Rückmeldung des derzeitigen Standes bitten.

Wenn ein vereinbarter Termin vom Klienten / von der Klientin nicht eingehalten werden kann, muss er **spätestens zwei Werktage vorher abgesagt werden**. Einzige Ausnahme: Im Fall einer plötzlichen Erkrankung ist eine Absage bis 9 Uhr am selben Tag möglich. Für Sitzungen, die vom Klienten / von der Klientin zu spät oder gar nicht abgesagt werden, wird ein **Ausfallhonorar in Höhe des Sitzungshonorars** fällig. Das Sitzungshonorar für Psychotherapie/Coaching entspricht ab dem ersten Termin – wenn nicht anders vereinbart - dem Satz der jeweiligen Krankenversicherung (**GKV=101,30 €, PKV=100,55€**). Die Kosten für Psychotherapie können nur über Private Krankenkasse oder als Selbstzahler abgerechnet werden. Der Klient ist – unabhängig von der Zahlung seiner Krankenkasse - für die Bezahlung des Sitzungshonorars verantwortlich.

Bitte lesen Sie auch die **Informationen über Psychotherapie auf meiner Website** unter:

www.innermanagement.de/Psychotherapie.html (unten auf der Seite) in der Broschüre „Wege zur Psychotherapie“ und „Nebenwirkungen“. Ich bin mit der Korrespondenz per unverschlüsselter **E-Mail** an die oben genannte E-Mail-Adresse einverstanden. Mir ist bekannt, dass die mir so zugesandten E-Mails personenbezogene Daten enthalten können. Die Risiken, die mit dem Versand solcher E-Mails verbunden sind – insbesondere die unbefugte Kenntnisnahme und Verwertung durch Dritte – sind mir bewusst. Verschlüsselte Email ist bei entsprechender technischer Voraussetzung auf Ihrer Seite ebenfalls möglich.

Ich erkläre mich mit der Durchführung als **Video-Sitzungen** (für die Dauer der Corona Pandemie ab der ersten Sitzung) einverstanden. Ich möchte keinen Bericht an meinen Hausarzt. (Andernfalls bitte streichen).

.....
Unterschrift KlientIn

.....
Unterschrift Coach / Therapeut