



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 Vertrag:

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

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

Bei Beendigung der Therapie wird die Vereinbarung einer **Abschlussitzung** dringend empfohlen. Wenn ein vereinbarter Termin vom Klienten / von der Klientin nicht eingehalten werden kann, muss er **spätestens zwei Werktagen 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 von 80,00 €** fällig. Das Sitzungshonorar für Psychotherapie beträgt ab dem ersten Termin – wenn nicht anders vereinbart – **126,77 €**. Die Kosten für Psychotherapie können nur über Private Krankenkasse oder als Selbstzahler abgerechnet werden. Der/die Klient:in ist – unabhängig von der Zahlung seiner Krankenkasse - für die Bezahlung des Sitzungshonorars verantwortlich und muss evtl. mit einer Zuzahlung rechnen. Bitte informieren Sie sich bei Ihrer Krankenkasse. Weitere Informationen dazu finden Sie auf meiner Website unter www.innermanagement.de/kosten.html.

Bitte lesen Sie auch die **Informationen im Vorfeld einer Psychotherapie auf meiner Website** unter:

www.innermanagement.de/kontakt.html in den Broschüren „Wege zur Psychotherapie“ und „Nebenwirkungen“. Die Informationen zum Datenschutz finden Sie wenige Zeilen darunter.

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) und mit der dafür zwingend notwendige Datenweitergabe an den unter Schweigepflicht stehenden Provider einverstanden. Ich möchte keinen Bericht an meinen Hausarzt. (Andernfalls bitte streichen).

.....
Unterschrift KlientIn

.....
Unterschrift Coach / Therapeut



Einwilligungserklärung/Schweigepflichtentbindungserklärung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die PVS rhein-ruhr GmbH (PVS), Remscheider Str. 16, 45481 Mülheim wird die Abrechnung der ärztlichen/therapeutischen Leistungen vornehmen, die Rechnung erstellen und die Honorarforderung bei Ihnen einziehen.

Die PVS ist als eigenständiges Unternehmen Teil der Unternehmensgruppe PVS holding GmbH, die zugleich deren Muttergesellschaft ist. Die Muttergesellschaft übernimmt im Auftrag der PVS die Buchhaltung, stellt die EDV-Infrastruktur bereit samt Wartung und Pflege sowie den Druck und Versand der Post. Die PVS steht Ihnen im Rahmen der hierfür notwendigen Datenverarbeitung als datenschutzrechtliche Verantwortliche zur Wahrung Ihrer Rechte und für Rückfragen zur Verfügung.

Die Mitarbeiter der vorgenannten Unternehmen sind Berufsgeheimnisträger und unterliegen der beruflichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes wie ein Arzt.

Die Honorarforderungen werden treuhänderisch an die PVS abgetreten. Die PVS erstellt die Rechnung in eigenem Namen, zieht die Honorarforderung ein und steht Ihnen als Ansprechpartnerin zur Verfügung. Dabei unterliegt die PVS bis zur endgültigen Bezahlung auch zur Höhe der Honorarforderung den Weisungen des Leistungserbringers, welcher insoweit Herr des Verfahrens bleibt.

Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie in die Abtretung der Honorarforderung und in die Datenverarbeitung zwecks Rechnungserstellung, Forderungseinzug und zur Auswertung der ärztlichen Arbeit ein. Ihre persönlichen Behandlungsdaten, wie Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, evtl. Tarife, Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach der Gebührenordnung und dazugehörige Diagnosen werden hierzu an die oben genannten PVS-Unternehmen übermittelt. Die Behandlung ist natürlich nicht von dieser Einwilligung abhängig. Sie können auch einzelne Behandlungen von dieser Erklärung ausnehmen. Dann müsste der Leistungserbringer selbst die Abrechnung vornehmen. Nachteile entstehen Ihnen hierdurch nicht.

Sie können Ihre Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen. Bis zum Zeitpunkt des Widerrufs erfolgte Datenverarbeitungen bleiben rechtmäßig. Ihre Daten dürfen dann noch insoweit weiter verarbeitet werden, wie dies aufgrund gesetzlicher Vorschriften erforderlich ist. Der Widerruf kann gegenüber dem Leistungserbringer oder der PVS mittels schriftlicher Erklärung unter Angabe Ihres Namens und Anschrift (ggf. Rechnungsnummer) geschehen. Auch hierdurch entstehen Ihnen keine Nachteile.

Weitergehende Informationen zum Thema Datenschutz bei der PVS und zu Ihren Rechten erfahren Sie unter: www.ihre-pvs.de/datenschutz

Hiermit willige ich in die Datenverarbeitung durch die PVS zu den vorgenannten Zwecken ein und entbinde insoweit den Leistungserbringer und dessen berufsmäßige Gehilfen zugleich von der ärztlichen Schweigepflicht.

Datum

Unterschrift Patient/in

Name

Vorname

geb. am
