

Anmeldebogen

Datum des Ausfüllens:

Name:

Geburtsdatum/Ort:

Adresse:

Telefon privat:

tagsüber:

Email:

Familienstand:

Zahl der Kinder:

Erlerner Beruf:

derzeitige Tätigkeit:

Name, Adresse des Hausarztes/überweisenden Arztes:

Name, Adresse der privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung:

ggf. Name, Adresse der Beihilfestelle oder zuständigen Berufsgenossenschaft:

Versicherungsnehmer:

Was ist Ihr Anliegen oder welches sind die Beschwerden, die Sie zu mir führen?

Haben Sie derzeit Selbsttötungsgedanken oder –absichten? ja neinGab es frühere Selbsttötungsversuche? ja nein

Wenn ja, wann?

Bitte beschreiben Sie diese kurz:

Unabhängig von der Erstattung durch Dritte (z.B. private Krankenversicherung, Beihilfe, gesetzliche Krankenversicherung bei § 13 Abs. 2 SGB V) schuldet der Patient das Therapiehonorar persönlich in voller Höhe gemäß Rechnungslegung gegenüber dem Psychotherapeuten. Die Abrechnung erfolgt mit **2,3-fachem Satz GOÄ/GOP** oder gemäß gesonderter Vereinbarung.

Vereinbarte Behandlungstermine müssen vom Patienten im Verhinderungsfall mindestens **48 Stunden vorher abgesagt** werden, damit der behandelnde Psychotherapeut ggf. anders disponieren kann. Behandlungstermine, die nicht oder nicht rechtzeitig abgesagt werden, werden mit **50,- € privat in Rechnung gestellt**.

Mit diesen Regelungen bin ich einverstanden: ja nein

Köln, den

(Datum)

(Unterschrift)