

Absender:in

Vorname, Name: .....

Straße: .....

PLZ, Wohnort: .....

Geburtsdatum: .....

Schule/Beruf/Ausbildung/Studium: .....

Tel. .... Email: .....

EINGANGSDATUM IN PRAXIS (wird von Therapeutinnen ausgefüllt)
---

### Psychotherapeutische Praxis

**K. Baumgarten, E. Dahlke, S. Kramer, A. Lütteke**

**Rudolfstr. 112**

**82152 Planegg**

..... hier falten .....

## Aufnahmebogen für Verhaltenstherapie

Bitte füllen Sie alle untenstehenden Punkte aus. Ihre Anmeldung ist ab Eingang bei uns drei Monate gültig. Sollten wir in diesem Zeitraum einen freien Therapieplatz zur Verfügung haben, melden wir uns gerne bei Ihnen. Leider können wir aufgrund der aktuell sehr hohen Nachfrage nach Therapieplätzen nicht garantieren, dass wir die notwendigen freien Plätze zur Verfügung haben. Sollten Sie innerhalb von drei Monaten von uns keine Nachricht bekommen, bedeutet dies, dass wir momentan keinen freien Platz anzubieten haben. Ihr Anmeldeformular wird dann aus Datenschutzgründen gelöscht. Wenn Sie nach diesem Zeitraum weiterhin Interesse an einem Therapieplatz bei uns haben, schicken Sie uns bitte ein neues Anmeldeformular zu.

**Aktuelle Informationen:** Es gibt immer wieder **freie Plätze für eine Therapiegruppe**, die **mittwochs, 16:30-18:10 Uhr**. Bei Interesse bitte unten markieren, mehr Infos auch auf der Webseite oder telefonisch in der Telefonsprechstunde.

### Ich habe Interesse an einem Therapieplatz für:

- Einzeltherapie
- Gruppentherapie (über Krankenkasse abrechenbar, Stunden wie Kurz- und Langzeittherapie), jeweils Mi 16.30-18:10 Uhr
- Einzeltherapie in Kombination mit Gruppentherapie (Stundenkontingent insg. wie bei Kurz- u. Langzeittherapie)
- Kurzzeittherapie (12-24 Therapiestunden, je 50 min)
- Langzeittherapie (bis zu 60 Therapiestunden, je 50 min)

Ich bin  gesetzlich versichert  privat versichert  bei der Beihilfe versichert  Selbstzahlende:r

**Haben Sie schon einmal eine Psychotherapie gemacht?**  Nein  Ja (dann bitte folgendes ausfüllen)

Wieviele Therapiestunden /wie lange war die Therapie: .....

Von wann bis wann genau (mit Datum der letzten Therapiestunde): .....

Welche Therapierichtung: .....

**Möchten Sie zu einer bestimmten Therapeutin?**  Nein  Ja, zu .....

**Anlass meiner Anmeldung** sind folgende Beschwerden: .....

.....

.....  
Seit wann sind diese vorhanden? .....

An welchen Wochentagen und zu welchen Zeiten können Sie am besten Therapietermine wahrnehmen?

.....  
Wie oder durch wen sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? .....

Wie können wir Sie am besten erreichen? .....

**Aufklärung und Einwilligung über Kommunikation über digitale Medien:**

Zur Kommunikation mit der Praxis wünsche ich die oben genannten Telefonnummern zu nutzen. Es besteht zudem die Möglichkeit mit der Praxis digital zu kommunizieren (E-Mail, SMS, WhatsApp, Signal, Telegram usw.) Diese Möglichkeiten werden von unserer Seite nur für Terminabsprachen benutzt. Sensible persönliche Daten werden, ausser auf Ihren ausdrücklichen Wunsch und nach vorheriger Absprache, nicht versendet. Der E-Mail-Austausch erfolgt unverschlüsselt. Diese Kommunikationsarten sind nicht sicher und können eventuell durch Dritte eingesehen und manipuliert werden. Es ist möglich, dass dadurch persönliche Sachverhalte unbefugten Dritten bekannt werden. Über die prinzipielle Unsicherheit dieser Kommunikationsmöglichkeiten bin ich informiert. Diese Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich zurücknehmen / ändern.

- Ich wünsche mit der Praxis per Festnetz zu kommunizieren.
- Ich wünsche mit der Praxis per Handy zu kommunizieren.
- Ich bin mit der Kommunikation über SMS/Chatprogramme für Terminabsprachen einverstanden.
- Ich wünsche mit der Praxis per Email zu kommunizieren.

**Verbindliche Vereinbarung zur Absage von Terminen und Schweigepflicht:**

In unserer Praxis vergeben wir nur fest vereinbarte Termine, meist zu einem regelmäßigen Zeitpunkt an einem festen Wochentag. Für unsere Terminplanung ist es daher erforderlich, dass eventuelle Änderungen der vereinbarten Termine rechtzeitig geschehen. Wir bitten Sie daher **Terminänderungen oder - absagen spätestens zwei Werktage vor Ihrem Termin** mit uns persönlich abzusprechen oder Terminabsagen rechtzeitig per Email oder Textnachricht mitzuteilen (auch bei Montagsterminen, dann Änderungen/Absagen bis spätestens Donnerstag). Für Termine, die kurzfristiger abgesagt bzw. ohne Absage gar nicht wahrgenommen werden, wird eine **Ausfallentschädigung in Höhe von 70,00 Euro** fällig, die von Ihnen privat getragen werden muss, es sei denn das Nichterscheinen ist durch Krankheit unverschuldet (ggf. laut ärztlichem Nachweis). Eine Kostenerstattung durch die private oder gesetzliche Krankenkasse für nicht rechtzeitig abgesagte oder versäumte Termine findet nicht statt (Grundlage ist §615 BGB).

**Sie verpflichten sich außerdem, über alle Informationen, die Sie z.B. durch Wartezimmerkontakte über andere Patient:innen, gegenüber Dritten Stillschweigen zu bewahren.**

Mit dieser Vereinbarung erklären Sie sich mit Ihrer Unterschrift einverstanden:

Ort ..... Name in Druckbuchstaben: .....

Datum: ..... Unterschrift: .....

---

Platz für Anmerkungen: