**Aufnahmeblatt**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ° Herr ° Frau | Titel | |
| Name | | Vorname |
| Straße | | PLZ/Ort |
| Geburtsdatum | |  |

Zur Verbesserung der Qualität meiner Behandlungen besuche ich eine Intervisionsgruppe. In dieser tauschen meine Kollegen und ich uns regelmäßig über die Störungsbilder und den Behandlungsablauf unserer Patienten aus. Die Schweigepflicht wird hierbei auf jeden Fall gewahrt.

Ferner möchte ich Sie darauf hinweisen, dass der Behandlungsraum meiner Praxis Video überwacht ist. In diesem Rahmen wird, ähnlich wie bei Banküberwachungen, alle 10 Sekunden ein Foto des Therapieraumes gemacht. Eine Tonaufzeichnung findet nicht statt.

Zur Kommunikation mit der Praxis bitte ich folgende Kontaktdaten zu nutzen:

Handy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Festnetz: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Vereinbarung zum Ausfallhonorar bei Nicht-Erscheinen oder kurzfristiger Absage**

**eines Behandlungstermins**

zwischen **Ekkart Martin**

und …………………………………………….. (Patient)

Diese Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Dadurch ist die vereinbarte Zeit ausschließlich für sie reserviert. Dies bedeutet jedoch auch, dass Sie Termine die sie nicht einhalten können, spätestens 36 Stunden vor dem jeweiligen Termin abgesagt werden müssen. Sagen Sie diesen Termin **NICHT** fristgerecht ab, stelle ich 65 % des aktuellen Behandlungssatz nach §615 BGB privatärztlich in Rechnung (Privatpatienten aktuell: GOÄ 100,56 € **also 65 €**; Kassenpatienten aktuell: EBM 87,77€ / **also 57€**), In diesem Fall besteht kein Anspruch auf Rückerstattung durch Ihre Krankenkasse. Im Falle einer kurzfristigen Erkrankung wird kein Bereitstellungshonorar geltend gemacht. Dies ist jedoch durch ein ärztliches Attest zu bescheinigen. Die Regelung zum Honorarausfall gilt sowohl für gesetzlich, privat Versicherte als auch für Selbstzahler.

Ich bin mit einer Rechnung per Email und PDF-Format einverstanden

Ich möchte **KEINE** Rechnung per Email und im PDF Format

Datum: .................................. Patient: ...................................

**Einverständniserklärung zur unverschlüsselten Übersendung von Unterlagen**

Ich, erkläre mich damit einverstanden, dass Mitteilungen - im Wesentlichen Terminabsprachen - von der Praxis für Psychotherapie Ekkart Martin an mich über folgende Kommunikationswege übersendet und ausgetauscht werden dürfen.

SMS

WhatsApp

Sonstige: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Threema; Signal; etc.)

❑ Ich wünsche **NICHT** mit der Praxis per Threema, Signal, SMS oder einer anderen Internetübermittlung zu kommunizieren

Mir ist bekannt und ich bin damit einverstanden, dass die Mitteilungen per SMS oder anderen Internetübermittlungen unverschlüsselt und ohne besondere Sicherungsmaßnahmen an mich versandt werden.

Es besteht weiter die Möglichkeit, mit der Praxis Informationen und Daten per E-Mail auszutauschen.

Über die prinzipielle Unsicherheit des E-Mailverkehrs wurde ich informiert.

❑ Ich wünsche mit der Praxis per E-Mail zu kommunizieren und bitte folgende E-Mail-Anschrift zu nutzen

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

❑ Ich wünsche die end-to-end Verschlüsselung über das System

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

❑ Ich **verzichte** auf eine spezielle end-to-end Verschlüsselung

❑ Ich wünsche **NICHT** mit der Praxis per E-Mail zu kommunizieren

Ihre schriftliche Bestätigung ist nach einer Bestimmung des 5. Sozialgesetzbuches notwendig (§ 73 Abs. 1b). Sie kann jederzeit widerrufen werden.

Ich kann mein Einverständnis zur unverschlüsselten Übersendung von Unterlagen per whatsApp, Threema, SMS, Email oder einer anderen Internetübermittlung jederzeit schriftlich widerrufen.

……………………………….. …………………………………………………..

(Ort, Datum) (Unterschrift)