



Praxisformular Stammdaten und Kontakt

Vor-/Zuname _____ **geb. am:** _____
 weiblich männlich divers

Anschrift

Korrespondenz Dürfen Nachrichten auf dem Anrufbeantworter hinterlassen werden?

Privat: _____ ja nein

Mobil: _____ ja nein

Ggf. Dienstlich: _____ ja nein

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis mich unter folgender E-Mail-Adresse / via SMS kontaktiert:

E-Mail: _____ ja nein

SMS: _____ ja nein

Ferner bin ich mit der digitalen Übersendung meiner monatlichen Rechnung (pdf-Anhang ohne Passwortschutz) an die o.g. E-Mail-Adresse einverstanden.

ja nein

Bitte beachten Sie: Die Kommunikation über E-Mail, SMS oder Messenger-Dienste ist heute weit verbreitet und unaufwändig, weist aber Sicherheitslücken auf. So erfolgt der Austausch ggf. unverschlüsselt und kann somit eventuell durch Dritte eingesehen und manipuliert werden. Die Praxis wird die folgenden elektronischen Kommunikationswege daher im Wesentlichen für Terminabsprachen nutzen. Sensible persönliche Daten werden in der Regel NICHT auf diesem Wege versendet. Sollten Sie der digitalen Übersendung Ihrer Rechnung zustimmen, beachten Sie bitte, dass in dieser auch Gesundheitsdaten wie z.B. die Behandlungsdiagnosen vermerkt sind.

Kostenübernahme

Krankenversicherung: _____

Art der Versicherung: PKV (privat) Beihilfe Selbstzahler:in Berufsgenossenschaft
 GKV (Kostenerstattung) Sonstiges: _____

Bitte beachten Sie: Mit Ausnahme von Behandlungen, welche über die BG finanziert werden, rechne ich immer direkt mit Ihnen ab. Die Ihnen auf diese Art entstehenden Behandlungskosten können von Ihrer privaten Krankenkasse/Beihilfe, den Berufsgenossenschaften (BG) sowie weiteren Trägern außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) übernommen werden. Auch eine Behandlung als Selbst-zahler:in ist möglich. In einigen Fällen übernehmen auch die GKV die Behandlungskosten im Rahmen der sogenannten Kostenerstattung.

Bitte wenden!

Stammdaten & Kontakt

Bestehen körperliche Erkrankungen?

nein ja, und zwar

Erkrankung	Erstdiagnose im Jahr	Behandlung durch

Nehmen Sie aktuell Medikamente ein?

nein ja, und zwar

Medikament	Dosierung	Verschrieben durch

Mitbehandler:innen (aktuell)

Ihr/e Hausarzt/ Hausärztin

Name und Anschrift: _____

Weitere Mitbehandler:in, Fachgebiet: _____

Name und Anschrift: _____

Weitere Mitbehandler:in, Fachgebiet: _____

Name und Anschrift: _____

Vorbehandlungen

Stationäre Psychotherapien

Von wann bis wann	Wo	Diagnose /Grund

Ambulante Psychotherapien

Von wann bis wann	Bei wem	Diagnose /Grund