

Praxis für Psychotherapie Joachim Scholz	Qualitätsmanagement- handbuch KJP/ PP /VT	7.1.5 Fragebogen Erstkontakt, Erwachsene, Kostenerstattung
--	--	---

7.1.3 Fragebogen/Erstkontakt/Kostenerstattung

Nachname und Vorname des/der Patienten*in:		Geburtsdatum:	
Krankenversicherung:	Hauptversicherte(r):	Verfügen Sie über eine EPA (Elektronische Patientenakte?)	
Versichertennummer:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IK-Nummer:		Ja	Nein
Anschrift des/der Patienten*in / Rechnungsadresse			
Telefonnummer tagsüber:		Telefonnummer für Notfälle:	
Emailadresse:		Ggf. Überweiser*in: Name, Anschrift, Telefon	
Hausarzt/-ärztin: Name, Anschrift, Telefon		Ich wünsche die Übersendung eines Abschlussberichtes an den genannten Arzt.	
		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich bin damit einverstanden, dass der Rechnungsversand an mich als PDF-Dokument per Email erfolgt.		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Ich bin mit der Korrespondenz bzw. der Zusendung von Daten per E-Mail an die obenstehende 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.

Bei unentschuldigtem Terminversäumnissen oder kurzfristigen Absagen der probatorischen Sitzungen (unter 48 Stunden, ohne Vorlage eines aktuellen Attestes), verpflichte ich mich ein Ausfallhonorar in Höhe von 50 € zu zahlen.

Datum, Unterschrift des/der Patienten*in

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite
J. Scholz	A. Scholz	5	31.08.2023	Seite 1 von 1