

# **Merkblatt, Datenblatt und Therapievereinbarung**

Liebe Leserin, lieber Leser dieses Merkblattes!

Herzlich willkommen in unserer psychotherapeutischen Praxis. Nachfolgend möchten wir Ihnen einige wichtige Informationen zur Hausordnung und dem weiteren Ablauf geben.

## **1. Medizinische Befunde**

Bitte bringen Sie zu Ihrem Erstgespräch – sofern vorhanden – alle therapielevanten Informationen wie Arztbriefe, Klinikberichte und Untersuchungsbefunde mit.

## **2. Erreichbarkeit**

Zur Terminvereinbarung ist es wichtig, dass wir Sie erreichen können. Dafür benötigen wir Ihre Mobilnummer und Email-Adresse. Bitte beachten Sie, dass wir diese Kommunikationswege nicht für Inhalte Ihrer Therapie nutzen, sondern lediglich für organisatorische Zwecke. Damit ist auch unsere Schweigepflicht gegeben.

## **3. Ausfallregelung**

Bitte beachten Sie, dass Termine, die Sie nicht wahrnehmen können, unbedingt einen Werktag vor Termin abgesagt werden müssen. Als Bestellpraxis besteht für uns nicht die Möglichkeit, kurzfristig abgesagte Termine anderweitig zu vergeben oder mit Ihrer Krankenkasse abzurechnen. Wir bitten daher um Verständnis, dass wir bei einer Absage zu einem späteren Zeitpunkt oder bei Nicht-Erscheinen das vereinbarte Honorar zur Gänze in Rechnung stellen müssen.

## **4. Pünktlichkeit**

Aus Diskretion gegenüber anderen KlientInnen und um Störungen laufender Therapiesitzungen zu vermeiden, bitten wir Sie, erst unmittelbar vor Ihrem Termin zu kommen. Als Bestellpraxis verfügen wir nicht immer über Wartemöglichkeiten und können Ihnen auch nicht flexibel die Türe öffnen.

## **5. Mobiltelefone und andere Geräte**

Um den Ablauf unserer Behandlungen nicht zu stören, bitten wir Sie, während Ihres gesamten Aufenthaltes in unserer Praxis Mobiltelefone und andere Geräte auszuschalten.

## **6. Therapiehund**

Bitte beachten Sie, dass sich in unserer Praxis ein Therapiehund befindet, der auch bei Gesprächen anwesend sein kann.

## Daten- und Merkblatt sowie Therapievereinbarung

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

VersNr. und Geb.datum: \_\_\_\_\_

Angehörige (im Notfall zu erreichen): \_\_\_\_\_

Überweiser: \_\_\_\_\_

Therapievereinbarung unterschrieben: Ja \_ Datum: \_\_ Nein \_\_

Vereinbartes Honorar: € \_\_\_\_\_

Verdachtsdiagnose: \_\_\_\_\_

Therapieziele: 1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Besonderheiten: \_\_\_\_\_

Erstgespräch: \_\_\_\_\_

Ich habe das Merkblatt gelesen und verstanden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift