

Praxis für Psychotherapie

Claudia König

Erfassungs- und Verbindlichkeitsbogen, für das Erstgespräch

1. Persönliche Angaben der Patientin / des Patienten

- Vorname: _____
- Nachname: _____
- Geburtsdatum: _____
- Straße + Nr.: _____
- PLZ / Ort: _____
- Telefon (mobil): _____
- Telefon (fest): _____
- E-Mail-Adresse: _____

2. Angaben zur Terminvereinbarung

- Datum des Termins: _____
- Uhrzeit des Termins: _____ Uhr

3. Verbindliche Vereinbarung über das Erscheinen zum Termin

Hiermit bestätige ich, dass mir die nachfolgenden Bedingungen für die Vereinbarung eines Termins, in der oben genannten Praxis, bekannt sind und ich diese ausdrücklich anerkenne:

1. Verbindlichkeit des Termins: Bei dem oben genannten Termin handelt es sich um eine für mich reservierte, exklusive Behandlungszeit. Ich bin mir bewusst, dass dieser Termin anderen Patient:innen nicht zur Verfügung steht.
2. Absage- und Stornierungsfrist: Eine kostenfreie Absage oder Verlegung des Termins ist nur bis spätestens 48 Stunden (2 Werktage) vor dem vereinbarten Termin möglich. Absagen können telefonisch unter der Nummer [06586/992616] oder per E-Mail an [claudia@psychotherapie-claudia-koenig.de] erfolgen.

3. Folgen bei Nichterscheinen oder verspäteter Absage:

- Sollte ich ohne vorherige rechtzeitige Absage (innerhalb der 48-Stunden-Frist) nicht zum Termin erscheinen, entsteht für mich eine Zahlungsverpflichtung (60 €).
- Die Praxis ist berechtigt, mir die ausgefallene Zeit privat in Rechnung zu stellen, da es sich um eine Bestellpraxis handelt und die Zeit nicht anderweitig vergeben werden kann.
- Die Höhe der Ausfallgebühr bemisst sich nach der für diesen Termin vorgesehenen Sitzungsdauer. Bei Selbstzahler:innen wird der vereinbarte Stundensatz fällig, sofern kein wichtiger Grund für das Fernbleiben vorliegt.

4. Datenschutz: Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten (Name, Adresse, Kontaktdaten) zum Zweck der Terminverwaltung und -erinnerung elektronisch gespeichert und genutzt werden. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht. Die Datenschutzerklärung der Praxis habe ich zur Kenntnis genommen / kann ich jederzeit einsehen.

5. Unterschriften

Ort, Datum: _____

Unterschrift der Patientin / des Patienten _____