

Anmeldebogen - Gruppentherapie

Name: _____

Vorname: _____ Geb. datum: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Tel. (Privat/Mobil): _____

Bitte geben Sie hier eine Telefonnummer an, unter der wir Sie direkt erreichen können und eine Nachricht hinterlassen dürfen.

E-Mail: _____

Mit der Angabe Ihrer E-Mail-Adresse erklären Sie sich einverstanden, dass auch eine Korrespondenz via E-Mail von Ihnen gewünscht wird. Die Praxis Prof. Dr. Fegg + Kollegen übernimmt keine Haftung für die Datensicherheit beim E-Mail Austausch. Die Einwilligung können Sie jederzeit schriftlich widerrufen.

Krankenversicherung: _____ seit: _____

Beruf: _____

Empfohlen von: _____

>>> bitte wenden

Therapievertrag

Zwischen der Gemeinschaftspraxis für Psychotherapie, Prof. Dr. Fegg + Kollegen, Sonnenstr. 10, 80331 München, nachfolgend – **Gemeinschaftspraxis** – genannt und umseitig bezeichnetem Patienten, nachfolgend – **Patient** – genannt, wird die Durchführung einer psychotherapeutischen Behandlung vereinbart.

Die Kosten der ambulanten Psychotherapie sollen gemäß nachfolgender Erklärung des Patienten abgerechnet werden:

- Ich bin privat versichert.**
- Ich bin beihilfeberechtigt.**
- Ich bin in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert und wünsche eine Privatbehandlung.**
- Ich möchte die Psychotherapiekosten unabhängig von meiner Versicherung selbst zahlen.**

Die Psychotherapiekosten werden mir durch die Gemeinschaftspraxis gemäß der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP) in Rechnung gestellt.

Unabhängig von der Erstattung durch Dritte (z.B. Private Krankenversicherung, Beihilfe, gesetzliche Krankenversicherung bei §13 Abs. 2 SGB V) schuldet der Patient das Honorar persönlich in voller Höhe gegenüber der Gemeinschaftspraxis. Mir ist bekannt, dass eine Erstattung nicht garantiert werden kann.

Hiermit melde ich mich verbindlich für die Gruppentherapie an und habe die Gruppengebühr am _____ überwiesen. Bei einem Rücktritt ab zwei Wochen vor Beginn können die Gebühren leider nicht erstattet werden.

München, den _____

Unterschrift Patient

Gemeinschaftspraxis für Psychotherapie