

ANMELDEBOGEN

Name: Vorname:

Adresse:

Geburtsdatum: Geburtsort: Familienstand:

Zahl der Kinder: Tel. priv.: Tel. tagsüber:

E-Mail:

Erlerner Beruf: Derzeitige Tätigkeit

Name, Adresse, Tel. des behandelnden Arztes:

Name, Adresse der Krankenkasse/ -versicherung:

Versicherungs Nr.:

Kassennummer (Krankenkassennummer / Institutionskennzeichen):

Versichertenart: Mitglied Mitversichert Rentner

Bitte geben Sie an, welche Wochentage und Tageszeiten als Behandlungstermin für Sie in Frage kommen:

Die Anmeldung kann jederzeit formlos, z.B. telefonisch, widerrufen werden. Vereinbarte Behandlungstermine können bis **2 Arbeitstage vorher geändert oder abgesagt** werden. Behandlungstermine, die nicht oder nicht rechtzeitig abgesagt werden, werden gemäß § 615 BGB **privat in Rechnung gestellt**.

Ich habe das Praxisinformationsblatt und die Information zum Datenschutz gelesen, die darin erwähnten Bedingungen zur Kenntnis genommen und erkläre mich damit einverstanden.

Onlinebehandlung: Hiermit willige ich in die Durchführung von psychotherapeutischen Videositzungen ein. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Herr Rozin die oben angegebene E-Mail-Adresse dazu verwendet, mir einen Terminlink zuzusenden. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden

Datum:

Unterschrift: