

Vorname:		Nachname:	
Handy-Nr.:		Telefon-Nr.:	
Geboren am:		Geburtsort:	
Straße & Nr.			
PLZ & Ort			
Emailadresse: (freiwillige Angabe)			
Geschlecht		Familienstand	
Beruf		Arbeitgeber	
Hausarzt oder Psychiater & Kontaktdaten			
Versicherungsstatus	Privat (ja) (nein) beihilfeberechtigt (ja) (nein)	gesetzlich versichert (ja) (nein) Kostenerstattungsverfahren (ja) (nein)	
Name und Anschrift der Versicherung			
Ggf. Name und Anschrift der von anderem Kostenträger (Beihilfe, ICAS, ?)			
Angehöriger der/einer	Bundeswehr (ja) (nein) Berufsgenossenschaft (ja) (nein) Unfallversicherung (ja) (nein)	Rente Erwerbsminderung um % (ja) (nein) (ja) (nein)	gesetzlicher Vertreter (ja) (nein) falls ja, für welche/n Bereich/e:
Gewünschte Leistung	Heilbehandlung: Diagnostik und/oder Psychotherapie: (ja) (nein) Psychologische Beratung oder Paartherapie*: (ja) (nein) Supervision und/ oder Selbsterfahrung*: (ja) (nein)		*Diese Leistungen können nicht erstattet werden!

Information zu Psychotherapie, Honorar- und Terminvereinbarung

In meiner Praxis biete ich **Therapien/Heilbehandlungen und psychologische Beratungen** für Privatzahler an, so dass die Kosten von Ihnen selbst zu übernehmen und gegen Rechnung direkt an mich zu zahlen sind. Die Abrechnung erfolgt nach der aktuell gültigen Gebührenordnung für Ärzte bzw. Psychotherapeuten (GOÄ/GOP) und den gemeinsamen Abrechnungsempfehlungen (GA, Stand 01.07.2024) und richtet sich nach der durchgeführten Leistung. In der Regel berechne ich einen **2,3-fachen Satz für eine 50-minütige Verhaltenstherapie-Sitzung (VTS-Einzel)** (z.B. für eine **Langzeittherapie nach GOP und GA: 870 und 801 analog = 134,06 €; für eine Kurzzeittherapie fallen Kosten in Höhe von maximal 167,58€ nach GA 812 analog und 801 analog an**). Zudem bitte ich zu beachten, dass meine Leistungen gemäß § 19 des Umsatzsteuergesetz (UStG) nicht mehrwertsteuerpflichtig sind. Näheres dazu entnehmen sie den Dokumenten „Auszug aus der GOÄ zur Gebührenordnung für Psychotherapeut*innen“ und Übersicht Analogabrechnungen zur Erbringung neuer psychotherapeutischer Leistungen“ (siehe Praxis und Homepage zum Download) und dem Behandlungsvertrag. Bei übermäßigem Aufwand für die einzelne Sitzung (z.B. bei dem Vorliegen mehrerer Diagnosen, Durchführung in Englisch, dem deutlichen Überschreiten der Sitzungslänge usw.) können im Einzelfall jedoch -mit gesonderter Begründung- Leistungen mit einem Steigerungssatz von bis zu 3.5 (GOP 870: 153,00€ zuzüglich 801 analog= 33,52€) berechnet werden. Private Krankenversicherungen und die Beihilfe übernehmen i.d.R. die Kostenerstattung bis zu einem **2,3-fachen Satz** (in Einzelfällen, und mit gesonderter Begründung auch zu höheren Steigerungssätzen). Das hängt von Ihrem individuellen Versicherungsvertrag ab und muss zwingend vorab durch Sie abgeklärt werden. **Bei einer 50-minütigen VTS werden also in der Regel zwischen 100,55€ (GOP 870), 134,06 (bei 801 analog) und 167,58 Euro (GA 812 analog) rückerstattet.** Ich bitte Sie, sich im Vorfeld von der Versicherung und/ oder Beihilfe die Kostenübernahme der psychotherapeutischen Leistungen für die Probatorik und ggf. auch Therapiesitzungen sowie die Anwendung bzw. Rückerstattung der gemeinsamen Abrechnungsempfehlungen vom 01.07.2024 schriftlich bestätigen zu lassen.

Bei Klienten, die einer **Berufsgenossenschaft** angehören, erfolgt die Erstattung der Kosten durch die jeweilige Berufsgenossenschaft. Bei **Angehörigen der Bundeswehr** erfolgt die Abrechnung nach Vorlage der entsprechenden Kostenübernahmeerklärung direkt mit dem Dienstherrn bzw. der Heilfürsorge. Für beide Fälle treffen andere Honorare zu über die ich Sie gesondert aufkläre. In Einzelfällen ist - nach vorherigem Antrag durch Sie - auch eine Kostenübernahme einer außervertraglichen Psychotherapie über die **gesetzliche Versicherung** möglich. Hierzu müssen Sie vorab die individuellen Bedingungen der gesetzlichen Versicherung klären und das sogenannte Kostenerstattungsverfahren selber einleiten.

Erreichbarkeit

Ich bin über Telefon (0174- 74 02 361) und über E-Mail (praxis@psychotherapie-koeln-porz.de - ACHTUNG: unverschlüsselte Kommunikation) zu den gewöhnlichen Bürozeiten montags bis freitags zwischen 7:30 und 15:30 erreichbar und antworte in der Regel innerhalb von 24 Stunden (Ausnahme: Wochenende, Feiertage und Ferienabwesenheit). Meine Ferienabwesenheit hängt jeweils 6 Wochen vorab im Praxisraum aus und steht auch auf meiner Homepage. Vertretungen finden in der Regel in der Zeit nicht statt. Eine Kommunikation über SMS oder Messengerdienste biete ich nicht an. Zudem weise ich Sie darauf hin, dass persönliche Informationen, Beschwerden und Therapieinhalte nicht über Email kommuniziert werden sollten, da die Datenübertragung im Internet Sicherheitslücken aufweisen kann. Therapeutische Interventionen meinerseits finden auch nicht per Email, sondern immer nur in einem Gespräch statt. Sofern Sie explizit eine Rechnung per Emailversand wünschen, oder den Bedarf haben, mit mir per Email zu kommunizieren, ist dies selbstverständlich möglich, wenn Sie hier ihr Einverständnis erteilen:

Emailadresse: _____ Unterschrift: _____

Rechnungen und Mahnwesen

In der Regel stelle ich meine Rechnungen zum Monatsende. Unabhängig von der Erstattung durch Dritte (z.B. die private Versicherung) schulden Sie als Klient/Patient das Honorar persönlich in voller Höhe gemäß Rechnungslegung gegenüber mir als Psychotherapeutin (Außer bei der Bundeswehr oder Berufsgenossenschaft, oder bei einer Abtretungserklärung im Rahmen eines Kostenerstattungsverfahrens). Sofern ein Zahlungsverzug nach 4 Wochen eintritt, mahne ich zweimalig, mit anfallenden Mahngebühren. Es ist auch -je nach Fall- eine individuelle Ratenzahlungsvereinbarung möglich. Bei mangelnder Zahlung wird dann der Dienstleister miamono (Jusperta GmbH, Höherweg 245, 40231 Düsseldorf) eingeschaltet. Hiermit geben Sie ihr Einverständnis zur Weiterleitung der Rechnungsdaten an miamono, sofern Sie nach 8 Wochen in Zahlungsverzug geraten:

Ort, Datum

Unterschrift (Pt und / oder gesetzlicher Vertreter)

Ausfallhonorar

Sollten Sie einmal verhindert oder sein, sagen Sie vereinbarte Behandlungstermine bitte mindestens 24 Stunden vorher per Email oder telefonisch/per Mailboxnachricht ab. Für Behandlungstermine, die nicht oder nicht rechtzeitig abgesagt werden, stelle ich gemäß §615 BGB ein Ausfallhonorar von 100 EUR in Rechnung. Dies kann nicht rückerstattet werden.

Unter besonderen Umständen (wenn Sie z.B. eine infektiöse Krankheit haben), können Sitzungen auch per Videocall durchgeführt werden. Vorher sollte eine schriftliche Kostengutsprache ihrer Versicherung bzw. Beihilfe vorliegen; sofern Sie die Leistungen rückerstattet bekommen möchten. Zudem würde ich Sie vorab noch spezifischer über Qualitätsstandards, Regeln und Risiken in einem gesonderten Dokument aufklären.

Was tun im Notfall?

Es gibt Situationen und Umstände, die nicht planbar sind und plötzlich durch Krisen ausgelöst werden und schwer alleine aushaltbar sind. Dann kann es sein, dass ggf. eine Symptomatik akut behandlungsbedürftig wird (wie z.B. bei suizidalen Gedanken, Impulsen oder Handlungsplanungen). Sie dürfen mich selbstverständlich zu meinen Praxiszeiten jederzeit anrufen, mir eine Nachricht auf dem AB hinterlassen und / oder Email schreiben. Ich gewähre Ihnen, mich innerhalb von 24 Stunden bei Ihnen zu melden und einen Notfalltermin anzubieten.

Sollte ich nicht erreichbar sein, und / oder sie wünschen sofort Hilfe wegen eines psychologischen Notfalls, wenden Sie sich bitte entweder tagsüber an Ihren Hausarzt oder wählen Sie die Nummern 0800-1110111 oder 0800-1110222 der Telefonseelsorge. Zudem kann Ihnen auch an folgenden Institutionen geholfen werden:

- Alexianer Krankenhaus Köln, Klinik für Psychiatrie 02203-3691-10000
- Ärztlicher Notdienst im Krankenhaus Porz 02203-51111
- Rettungsdienst 112

Die Notfallnummern werden während 24 Stunden an 365 Tagen bedient. Scheuen Sie sich nicht Hilfe anzufordern!

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Informationen zu Kenntnis genommen zu haben, das **Aufklärungsblatt über Leistungen und Honorare** und die **Aufklärung zu Psychotherapie und Verhaltenstherapie** gelesen und erhalten zu haben und erklären die Zustimmung zu den oben genannten Regelungen zu Honoraren und Terminen.

Ort, Datum

Unterschrift (Pt und / oder gesetzlicher Vertreter)

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist mir wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) bin ich verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck meine Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Praxisname: **Praxis Nina Linden**

Adresse (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort): **Klingerstraße 10, 51143 Köln**

Kontakttelefon: **0174-7402361**

Email: **praxis@psychotherapie-koeln-porz.de**

Nina Linden ist die zuständige Datenschutzbeauftragte und unter o.g. Kontaktdaten erreichbar!

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt bzw. der Psychotherapeutin und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeite ich Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die ich erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Ich übermittele Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Jede Psychotherapie bzw. psychologische Beratung muss laut Berufsordnung sorgfältig dokumentiert werden. Deswegen muss ich die für die Sitzung notwendigen Daten erheben bzw. speichern. Ich bewahre Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben bin ich dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraph 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

5. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen **Aufsichtsbehörde** lautet:

Name: Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen

Anschrift: Postfach 20 04 44, 40102 Düsseldorf / Telefonzentrale: +49 (0)211 / 38424 - 0

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an mich wenden.

Ort, Datum

Unterschrift Pt und/ oder gesetzlicher Vertreter