



Datum ____ . ____ . ____

Aufnahmebogen (BITTE ZUM GESPRÄCH MITBRINGEN)

Nachname _____

Vorname(n) _____

Geburtsdatum ____ . ____ . ____

Straße _____

Postleitzahl und Ort _____

Telefonnummer _____

eMail-Adresse _____

Krankenkasse _____

Ich bin beihilfeberechtigt beim ☐ Bund ☐ Land NRW ☐ andere _____

☐ Meine Krankenversicherung übernimmt die Kosten einer Diagnostik/ Psychotherapie.

☐ Ich möchte die Diagnostik/ Psychotherapie selber bezahlen.

Abweichend davon: _____

Mir ist bewusst, dass durch die Inanspruchnahme von Gesprächen ein mündlicher Behandlungsvertrag zwischen mir (nicht der Krankenversicherung!) und der Psychotherapeutin geschlossen wird. Über die mir entstehenden Kosten in Anlehnung an die GOP (Gebührenordnung für Psychotherapeutinnen) sowie die Zahlungsmodalitäten (Rechnung per Post) wurde ich informiert.

Ich kenne die Absagefrist von 48 Stunden. Kurzfristigere Absagen ziehen, sofern die Stunde nicht nachbesetzt wird, ein Ausfallhonorar in Höhe der vereinbarten Leistung nach sich (i.d.R. mind. 134,06 Euro).

Unterschrift