**Anfrage für einen Psychotherapieplatz**

**Bitte schicken Sie uns den vollständig ausgefüllten & unterschriebenen Fragebogen zu. Wir können nur Anfragen berücksichtigen, die vollständig bei uns ankommen. Bitte die Unterschrift auf der dritten Seite nicht vergessen!**

**Folgende Wege stehen Ihnen zur Übermittlung zur Verfügung:**

**- E- Mail: mail@praxis-hippenstiel.de**

**- Post: Bahnstraße 23, 42327 Wuppertal**

**- Fax: 0202/9796186**

Datum:

Vorname und Nachname:

Straße und Hausnummer:

PLZ und Wohnort:

E-Mail:

Handy Nr.:

Geburtsdatum:

Geschlecht: Frau Mann Divers

Stichworte zur Problematik:

An welchen Wochentagen & zu welchen Tageszeiten können Sie grundsätzlich Termine wahrnehmen (Dienstag bis Samstag)? **Bei Krankschreibung bitte auch die Ihnen möglichen Zeiten angeben, wenn Sie wieder berufstätig sind!!** Ich kann an folgenden Tagen/ Uhrzeiten Termine wahrnehmen:

Waren Sie schon/sind Sie noch in psychotherapeutischer Behandlung?

 ja nein

Wenn ja, bei wem?

Wann wurde die Therapie beendet?

Ihr Beruf:

Stichwort: Beziehung zur Mutter und zum Vater:

Wie haben Sie von unserer Praxis erfahren (Internet, Empfehlungen von Ärzten/ Freunden/ Bekannten, sonstiges)?

Wie sind Sie versichert?

Befindet sich jemand, den Sie kennen zurzeit bei uns in psychotherapeutischer Behandlung?

Sonstiges:

**Informationen zum Therapieplatz und Therapieplatzanfragen:**

Wir arbeiten nicht auf Warteliste, sondern nehmen dann Patienten auf, wenn ein Therapieplatz frei wird. Das Budget für Psychotherapeuten ist seitens der Krankenkassen so bemessen, dass der Betrieb eines Sekretariates nicht möglich ist. Auf Grund der hohen Anzahl an Nachfragen können wir uns daher leider nur dann persönlich melden, wenn ein für Sie passender Therapieplatz in absehbarer Zeit frei wird, da wir uns in den Behandlungspausen selbst darum kümmern müssen. Wir bitten um Verständnis. Therapieanfragen bewahren wir ca. 6 Monate auf. Falls in der Zeit ein für Sie passender Therapieplatz frei ist/wird, melden wir uns bei Ihnen. Sie können uns jederzeit um Löschung Ihrer Daten bitten, solange kein Termin statt gefunden hat.

**In dringenden Notfällen wenden Sie sich bitte an den nächst gelegenen Akutversorger (Psychiatrie). Für Wuppertal: Evangelische Stiftung Tannenhof (Remscheider Straße 76, 42899 Remscheid, Tel: 0 21 91 / 12 0).**

Datenschutz und E-Mail

Es besteht die Möglichkeit, mit unserer Praxis Informationen und Daten per E-Mail auszutauschen. Die Praxis wird den unverschlüsselten E-Mail-Verkehr im Wesentlichen für Terminabsprachen nutzen. Ein Email- Austausch (besonders ein unverschlüsselter) birgt immer das Risiko, dass eine unbefugte Person mitlesen kann.Wenn Sie uns E-Mails unverschlüsselt senden, werden diese auch unverschlüsselt aufbewahrt- bei gmx (nach nach 30 Tagen erfolgt eine automatische Lösung) und unserem Praxis PC. Sollten Sie uns über die E-Mail Adresse mail@praxis-hippenstiel.de kontaktieren, werden die E-Mails in unserem Jimdo Postfach und auf dem Praxis PC unverschlüsselt aufbewahrt. Auf dem Praxis PC werden die Daten mind. ein halbes Jahr aufbewahrt. Kommt es zu einem Termin, müssen wir die Daten mind. 10 Jahre aufbewahren. Sie können uns jederzeit um Löschung Ihrer Daten bitten, solange kein Termin statt gefunden hat. Wir bieten auch eine verschlüsselte Kommunikation (PGP) per Email an. Den öffentlichen Schlüssel finden Sie auf unserer Webseite. Wenn Sie uns diesen Anfragebogen unverschlüsselt per E-Mail zu senden, oder uns Ihre E-Mail Adresse mitteilen, erklären Sie Ihren ausdrücklichen Wunsch, dass wir Ihnen ebenfalls unverschlüsselt per E-Mail antworten sollen & dürfen! Diese Einwilligung kann von Ihnen jederzeit widerrufen werden. Zudem stimmten Sie zu, dass wir Ihre personenbezogenen Daten nach Art. 6 Abs. 1 a DSGVO zum Zweck der Terminvereinbarung/Sprechstunde/ Psychotherapie/Beratung oder Supervision verwenden, verarbeiten & speichern dürfen.

Terminabsagen

Wir führen eine Bestellpraxis und halten exklusiv für Sie vereinbarte Termine frei. So können wir uns Ihren Anliegen die volle Zeit widmen ohne das Sie längere Wartezeiten in der Praxis haben. Leider können wir kurzfristig abgesagte Termine oft nicht neu belegen, so dass wir in diesem Falle die Stunde unabhängig vom Grund der Absage als Ausfallhonorar (63€) in Rechnung stellen. Die Absagefrist beträgt 48 Stunden, wobei Sonn-und Feiertage in der Frist nicht mitgerechnet werden. Bei einem Ausfallhonorar wird die Rechnung von der PVS rhein-ruhr GmbH erstellt und versendet. Zu dem Zweck geben wir alle notwendigen Patientendaten an die PVS rhein-ruhr GmbH weiter.

Einwilligungserklärung

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,

die PVS rhein-ruhr GmbH (PVS), Remscheider Str. 16, 45481 Mülheim wird die Abrechnung der ärztlichen/therapeutischen Leistungen vornehmen, die Rechnung erstellen und die Honorarforderung bei Ihnen einziehen. Die PVS ist als eigenständiges Unternehmen Teil der Unternehmensgruppe PVS holding GmbH, die zugleich deren Muttergesellschaft ist. Die Muttergesellschaft übernimmt im Auftrag der PVS die Buchhaltung, stellt die EDV-Infrastruktur bereit samt Wartung und Pflege sowie den Druck und Versand der Post. Die PVS steht Ihnen im Rahmen der hierfür notwendigen Datenverarbeitung als datenschutzrechtliche Verantwortliche zur Wahrung Ihrer Rechte und für Rückfragen zur Verfügung. Die Mitarbeiter der vorgenannten Unternehmen sind Berufsgeheimnisträger und unterliegen der beruflichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes wie ein Arzt. Die Honorarforderungen werden treuhänderisch an die PVS abgetreten. Die PVS erstellt die Rechnung im eigenen Namen, zieht die Honorarforderung auf eigene Rechnung ein und steht Ihnen als Ansprechpartnerin zur Verfügung. Dabei unterliegt die PVS bis zur endgültigen

Bezahlung auch zur Höhe der Honorarforderung den Weisungen des Leistungserbringers, welcher insoweit Herr des Verfahrens bleibt. Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie in die Abtretung der Honorarforderung und in die Datenverarbeitung zwecks Rechnungserstellung, Forderungseinzug und zur Auswertung der ärztlichen Arbeit ein. Ihre persönlichen Behandlungsdaten, wie Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, evtl. Tarife, Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach der Gebührenordnung und dazugehörige Diagnosen werden hierzu an die oben genannten PVS-Unternehmen übermittelt. Die Behandlung ist natürlich nicht von dieser Einwilligung abhängig. Sie können auch einzelne Behandlungen von dieser Erklärung ausnehmen. Dann müsste der Leistungserbringer selbst die Abrechnung vornehmen. Nachteile entstehen Ihnen hierdurch nicht. Sie können Ihre Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen. Bis zum Zeitpunkt des Widerrufs erfolgte Datenverarbeitungen bleiben rechtmäßig. Ihre Daten dürfen dann noch insoweit weiter verarbeitet werden, wie dies aufgrund gesetzlicher Vorschriften erforderlich ist. Der Widerruf kann gegenüber dem Leistungserbringer oder der PVS mittels schriftlicher Erklärung unter Angabe Ihres Namens und Anschrift (ggf. Rechnungsnummer) geschehen. Auch hierdurch entstehen Ihnen keine Nachteile. Weitergehende Informationen zum Thema Datenschutz bei der PVS und zu Ihren Rechten erfahren Sie unter: www.ihre-pvs.de/Datenschutz

Hiermit willige ich in die Datenverarbeitung durch die PVS zu den vorgenannten Zwecken ein und entbinde insoweit den Leistungserbringer und dessen berufsmäßige Gehilfen zugleich von der ärztlichen Schweigepflicht. Weiterhin bestätige ich, dass ich die Informationen zur Therapie & Absageregelung von Terminen gelesen habe & erkläre mich damit einverstanden.

**---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**Unterschrift Patient Ort und Datum**