

## Anmeldebogen - Gruppentherapie

Gruppe: \_\_\_\_\_

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.

Ich willige hiermit einem digitalen Rechnungsversand per E-Mail ein

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Empfohlen von: \_\_\_\_\_

## Therapievertrag

Zwischen der Gemeinschaftspraxis für Psychotherapie, Prof. Dr. Fegg + Kollegen, Sonnenstr. 10, 80331 München, nachfolgend – **Gemeinschaftspraxis** – genannt und umseitig bezeichnetem Patient:in, 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 **alle Termine** der Gruppentherapie an. Falls Sie von der Anmeldung zurücktreten möchten, ist dies bis **zwei Wochen** vor Beginn möglich; danach werden die Gebühren in voller Höhe fällig.

München, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

\_\_\_\_\_  
Gemeinschaftspraxis für Psychotherapie