

Vereinbarung über eine psychotherapeutische Sprechstunde

zwischen der Privatpraxis für Psychotherapie Dipl.-Psych. Matthias Potreck (Inh.) und



Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ geboren am: _____

Email: _____

Rechnungsversand bitte per Email []

Sehr geehrte/r Klient/in, gern bieten wir Ihnen eine psychotherapeutische Sprechstunde in unserem Fachzentrum an.

Durch diese Sitzung mit einer/einem Psychologischen PsychotherapeutIn bzw. Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn kann herausgefunden werden, ob sich eine Psychotherapie für Sie (bzw. Ihr Kind) eignet. Ebenso haben Sie Gelegenheit, Fragen zu einer möglichen Therapie zu stellen. Vielfach können wir bereits eine erste Verdachtsdiagnose vergeben. Und für eine spätere Therapie lässt sich die Abklärung und Organisation sinnvoll verkürzen, da durch diese Sprechstunde bereits hilfreiche Vorinformationen vorliegen.

Wichtig für Sie zu wissen:

Wir können nicht zusichern, dass die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut dieser Sprechstunde Sie später auch behandeln kann. Durch diese Sprechstunde erwächst somit kein Anspruch auf eine Psychotherapie bei uns. Wir bemühen uns, Ihnen zeitnah einen Therapieplatz im Fachzentrum zu vermitteln. Dies können wir jedoch nicht garantieren, so dass möglicherweise eine weitere Wartezeit entsteht. Bei Nachfragen wenden Sie sich bitte direkt an unser Sekretariat unter: info@fachzentrum-psychotherapie.de.

Diese Sprechstunde wird als probatorische Sitzung (Ziffer 870PS) mit dem Faktor 2,3 abgerechnet, also mit derzeit 100,55€. Die Honorarstellung erfolgt an Sie persönlich als privatärztliche Rechnung. Die Rechnung wird von privaten Krankenkassen / der Beihilfe meist problemlos und in voller Höhe erstattet. Da sich die einzelnen Versicherungsverträge jedoch voneinander unterscheiden, empfehlen wir die Frage der Erstattung vor der Sprechstunde mit Ihrem Kostenträger abzuklären. Gesetzliche Krankenversicherungen erstatten die Sprechstunde nicht. Bei einer späteren möglichen Psychotherapie rechnen wir mit einem höheren Faktor ab.

Ich möchte unter den dargelegten Bedingungen eine psychotherapeutische Sprechstunde nutzen. Ich weiss, dass ich Ihnen danach das Honorar in voller Höhe persönlich schulde, unabhängig von einer möglichen Erstattung durch Kostenträger.

Ich bin einverstanden, dass die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut dieser Sprechstunde Daten zum Zweck der Rechnungslegung weitergeben darf (Namen, Anschrift, Geburtsdatum, Diagnosen, Behandlungsdaten), und zwar an die: Abrechnungsstelle der Fachzentren für Psychotherapie, Dipl.-Psych. Matthias Potreck (Inh.), Hohenzollernring 57, 50672 Köln.

Kommt es später zu einer Psychotherapie, so entbinde ich die Psychotherapeutin / den Psychotherapeuten dieser Sprechstunde vorsorglich von der Verschwiegenheitspflicht gegenüber der/dem dann fallführenden BehandlerIn, um einen raschen Austausch meiner Gesundheitsdaten zum Start einer Therapie zu gewährleisten. Diese Einwilligung kann ich jederzeit ohne Angaben von Gründen widerrufen. Die umseitige Datenschutzerklärung habe ich zur Kenntnis genommen.

Datum / Unterschrift: _____

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Abrechnungsstelle für Psychotherapie (s.o., Gläubiger-Identifikationsnummer: DE94 ZZZ 00002198237, Mandatsreferenz auf der kommenden Rechnung) das fällige Honorar von 100,55€ von meinem Konto per Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Abrechnungsstelle gezogene Lastschrift einzulösen. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name / Kontoinhaber: _____

IBAN: DE _____

Datum / Unterschrift: _____

INFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um diese Vereinbarung über eine psychotherapeutische Sprechstunde zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieansätze und Befunde.

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für diese Sprechstunde und eine mögliche spätere Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, können wir Ihnen keine ausreichenden Informationen zu Ihrem Anliegen geben.

EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können andere Psychotherapeuten zum Zweck einer künftigen Therapie sein. Außerdem übermitteln wir personenbezogene Daten zum Zweck der Rechnungsstellung an die Abrechnungsstelle der Fachzentren für Psychotherapie, Dipl.-Psych. Matthias Potreck (Inh.), Hohenzollernring 57, 50672 Köln.

SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist oder nach den gesetzlichen Bestimmungen (bsp. Aufbewahrungspflicht von Rechnungen 10 Jahre, Patientenakte nach Berufsordnung).

IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Wenden Sie sich dafür an den Datenschutzbeauftragten der Fachzentren für Psychotherapie: Herrn Jan Andreas Teichmann-Potreck, Hohenzollernring 57, 50672 Köln.

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: Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit NRW, Postfach 20 04 44, 40102 Düsseldorf

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 uns wenden.

Ihr Team der Fachzentren für Psychotherapie

(Raum für Notizen)