Patientendaten

PRAXIS
KLEINEN-BASSY
Thomas Kleinen-Bassy, M.Sc.
Psych. Psychotherapeut
Termine nach Vereinbarung

Gemäß § 22 Abs. 1b BDSG-neu sind wir berechtig personenbezogene Daten zu erheben und zu speichern, sofern dies zum Zweck der Gesundheitsvorsorge, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschäftigten, für die medizinische Diagnostik, die Versorgung oder Behandlung im Gesundheits- oder Sozialbereich oder für die Verwaltung von Systemen und Diensten im Gesundheits- und Sozialbereich oder aufgrund eines Vertrags der betroffenen Person mit einem Angehörigen eines Gesundheitsberufs erforderlich ist und diese Daten von ärztlichem Personal oder durch sonstige Personen, die einer entsprechenden Geheimhaltungspflicht unterliegen, oder unter deren Verantwortung verarbeitet werden.

Personenbezogene Daten

Titel …….....( ) männlich / ( ) weiblich Familienstand: .....

Vorname, Name: …….....

Straße, Hausnummer: ....

PLZ, Stadt: ....

Land: …….....

Geburtsdatum: ..... Alter: .....

Telefonnummer (privat): .....

Telefonnummer (mobil): .....

E-Mail: .....

Krankenkasse: …….....
(Wartezeit für privat versicherte Patienten in **AACHEN** ist **sehr** lang)
Erreichbarkeit: ( ) morgens ( ) mittags ( ) nachmittags

Therapie: ( ) Einzeltherapie ( ) Gruppentherapie ( ) Kombinationstherapie

Praxisort: ( )Aachen **Therapeut/in:** ( ) Baum, VT* ( ) Schmidt, VT*
Nur Erwachsene ab 18 Jahre

Praxisort: ( ) Hürtgenwald-Gey **Therapeut/in:** ( ) Kleinen-Bassy, VT** ( ) Albat, VT***
Kinder, Jugendliche & Erwachsene

* Verhaltenstherapie, nur Erwachsene
** Verhaltenstherapie, Kinder, Jugendliche & Erwachsene *** Verhaltenstherapie, Kinder, Jugendliche

Bitte beachten Sie: Sie erhalten keine Empfangsbestätigung und werden automatisch auf die Warteliste aufgenommen. Es kann bis zu einem Jahr dauern, bevor wir Ihnen einen Termin anbieten können. Bei Rückfragen melden Sie sich telefonisch zu unserer Sprechstundenzeit.

Praxis Kleinen-Bassy
Dürener Straße 83
52393 Hürtgenwald

Tel: +49 2429 93 79 419
Fax: +49 241 95 49 87 42
E-Mail: praxis@kleinen-bassy.de
Web: www.kleinen-bassy.de

Deutsche Bank
IBAN: DE17 3907 0024 0113 8122 00
BIC: DEUTDEDB390

Steuernummer:
201/5218/5346
Finanzamt Aachen

PRAXIS
KLEINEN-BASSY
Thomas Kleinen-Bassy, M.Sc.
Psych. Psychotherapeut
Termine nach Vereinbarung

Patientenbezogene Daten

Hausarzt, Name: …….....
Telefonnummer: …….....
Anschrift: …….....

Facharzt, Name: …….....
Telefonnummer: …….....
Anschrift: …….....

Krankenkasse, Name: …….....
Telefonnummer: …….....
Postanschrift: …….....
Versichertennummer: …….....

Diagnosen: …….....
Gestellt von: …….....
Überwiesen von: …….....

Vorbehandlung:

( ) ambulante Psychotherapie in der Vergangenheit

Wann wurde die Therapie beendet? .....

Anlass der Therapie und Diagnosen? .....

( ) stationäre/ teilstationäre psychiatrische/ psychotherapeutische Behandlung in der Vergangenheit

Wann wurde die Therapie beendet? .....

Anlass der Therapie und Diagnosen? .....

Praxis Kleinen-Bassy
Dürener Straße 83
52393 Hürtgenwald

Tel: +49 2429 93 79 419
Fax: +49 241 95 49 87 42
E-Mail: praxis@kleinen-bassy.de
Web: www.kleinen-bassy.de

Deutsche Bank
IBAN: DE17 3907 0024 0113 8122 00
BIC: DEUTDEDB390

Steuernummer:
201/5218/5346
Finanzamt Aachen

PRAXIS
KLEINEN-BASSY
Thomas Kleinen-Bassy, M.Sc.
Psych. Psychotherapeut
Termine nach Vereinbarung

Angaben zum Lebenslauf des Patienten

Kindergarten: …….....

Besucht von/ bis: von: ……..... bis:.....

Grundschule: .....

Besucht von/ bis: von: ……..... bis:.....

Weiterführende Schule: …….....

Schulform: ……...

Besucht von/ bis: von: ……..... bis:.....

Wurde die Schule gewechselt oder Klassen wiederholt und warum?

…….....

.....

Was haben Sie nach der Schule gemacht (z.B. Ausbildung, Studium, erlernter Beruf etc.)

…….....

.....

Was ist Ihre aktuelle Tätigkeit? (Vollzeit/ Teilzeit)

…….....

An welchen Tagen und zu welchen Zeiten können Sie am besten an der Therapie teilnehmen?

…….....

…….....

(X) Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten gemäß der aktuellen Datenschutzbestimmungen des BDSG-neu erhoben und gespeichert werden dürfen. Die Allgemeinen Datenschutzhinweise wurden mir schriftlich zur Verfügung gestellt und sind auch jederzeit auf www.kleinen-bassy.de zu finden.

(X) Ich bestätige, dass nur vollständig ausgefüllte und unterschriebene Anmeldeunterlagen (Seite 1–7 Erwachsene und 1-9 für Kinder und Jugendliche) von der Praxis Kleinen-Bassy bearbeitet werden.

....., den ..... …….....
(Unterschrift Patient/ Erziehungsberechtigter)

PRAXIS
KLEINEN-BASSY
Thomas Kleinen-Bassy, M.Sc.
Psych. Psychotherapeut
Termine nach Vereinbarung

Angaben zum Vorstellungsanlass

Bitte beschreiben Sie nachfolgend kurz den Anlass Ihrer Vorstellung in unserer psychotherapeutischen Praxis.

Welche Beschwerden haben Sie?

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

Seit wann bestehen diese Beschwerden?

……

……

Was haben Sie bisher aufgrund der genannten Beschwerden unternommen?

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

Praxis Kleinen-Bassy
Dürener Straße 83
52393 Hürtgenwald

Tel: +49 2429 93 79 419
Fax: +49 241 95 49 87 42
E-Mail: praxis@kleinen-bassy.de
Web: www.kleinen-bassy.de

Deutsche Bank
IBAN: DE17 3907 0024 0113 8122 00
BIC: DEUTDEDB390

Steuernummer:
201/5218/5346
Finanzamt Aachen

PRAXIS
KLEINEN-BASSY
Thomas Kleinen-Bassy, M.Sc.
Psych. Psychotherapeut
Termine nach Vereinbarung

Allgemeine Vereinbarungen
zur Vereinbarung eines Termins in der Praxis Kleinen-Bassy

Ich habe die im nachfolgend aufgeführten Punkte, in Bezug auf die Zahlung von Rechnungen und das Versäumen von Terminen, gelesen und akzeptiere diese.

1. Der Patient / Sorgeberechtigte verpflichtet sich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten. Falls dies nicht möglich sein sollte, werden die Behandlungstermine so früh wie möglich abgesagt, jedoch **spätestens 48 Stunden** vor dem vereinbarten Termin. Da die vereinbarten Behandlungsstunden reserviert werden und kurzfristig abgesagte Stunden in der Regel nicht neu besetzt werden können, erstattet der Patient dem Therapeuten **privat ein Honorar** in Höhe von **100,00Euro**, **unabhängig vom Grund der Verhinderung** (Vergessen, Verkehrsbehinderung, witterungsbedingte Hindernisse, Erkrankung, Erkrankung von Familienangehörigen usw.). Wir bitten Sie dies bei der Vereinbarung eines Termins in unserer Praxis zu berücksichtigen.
2. Rechnungen, die von der Praxis Kleinen-Bassy an mich gestellt werden, sind innerhalb von 14 Tagen nach Erhalt der Rechnung im vollen Umfang ohne Abzüge zu begleichen, sofern nicht eine andere Zahlungsfrist oder andere Zahlungsart vereinbart und schriftlich in der Rechnung festgehalten wurde. Diese Regelung gilt für alle Rechnungen (Ausfallhonorar, Therapierechnung bei Selbstzahlern und privater Krankenversicherung etc.)
3. Bei nicht fristgemäßem Begleichen der gestellten Rechnungen erfolgt eine erste Mahnung. Hierfür wird eine Mahngebühr in Höhe von € 10.- für den anfallen Verwaltungsaufwand berechnet. Es wird eine erneute Zahlungsfrist in der ersten Mahnung gestellt. Im Regelfall beträgt die Zahlungsfrist 10 Tage nach Erhalt der Rechnung. Sollte die Rechnung inkl. Mahngebühr nicht innerhalb der Zahlungsfrist beglichen sein, erfolgt eine zweite und letzte Mahnung. Es wird eine zusätzliche Mahngebühr in Höhe von € 50.- erhoben und eine erneute Zahlungsfrist wird in der zweiten Mahnung genannt. Diese beträgt im Regelfall weitere 10 Tage. Eine weitere Mahnung erfolgt nicht. Die Eintreibung der ausstehenden Kosten wird nach Ablauf der Zahlungsfrist aus der zweiten Mahnung umgehend an ein Inkassobüro übergeben und es wird ein juristisches Verfahren eröffnet. Die Therapie wird mit Versenden der zweiten Mahnung pausiert, bis die Rechnungen vollständig beglichen sind.
4. Frühzeitige Informationen über Schwierigkeiten in der Begleichung von Rechnungen helfen beiden Parteien in besonderen Fällen gesonderte Vereinbarungen zu treffen.

....., den ..... …….....
(Unterschrift Patient/ Erziehungsberechtigter)

Praxis Kleinen-Bassy
Dürener Straße 83
52393 Hürtgenwald

Tel: +49 2429 93 79 419
Fax: +49 241 95 49 87 42
E-Mail: praxis@kleinen-bassy.de
Web: www.kleinen-bassy.de

Deutsche Bank
IBAN: DE17 3907 0024 0113 8122 00
BIC: DEUTDEDB390

Steuernummer:
201/5218/5346
Finanzamt Aachen

PRAXIS
KLEINEN-BASSY
Thomas Kleinen-Bassy, M.Sc.
Psych. Psychotherapeut
Termine nach Vereinbarung

Einwilligungserklärung

zur Kontaktaufnahme per E-Mail und SMS

Vorname: _____

Nachname: _____

Kontaktaufnahme per SMS: Ja / Nein

Kontaktaufnahme per E-Mail: Ja / Nein

Wenn Sie möchten, schicken wir Ihnen unsere Rechnung per E-Mail - sofern eine Rechnungstellung zutreffend ist (Privatabrechnung, Ausfallhonorar, Zusatzleistungen:

Rechnungsstellen per E-Mail: Ja / Nein

Ggf. E-Mail-Adresse für Rechnungen: _____

Meine Einwilligung zur Kontaktaufnahme gilt ausschließlich für die von mir angekreuzten Kommunikationswege. Durch meine Unterschrift erkläre ich die Einwilligung zur Kontaktaufnahme und Kommunikation per E-Mail als erteilt. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung freiwillig erteile und mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen kann.

_____

Ort, Datum

_____

Unterschrift

Praxis Kleinen-Bassy
Dürener Straße 83
52393 Hürtgenwald

Tel: +49 2429 93 79 419
Fax: +49 241 95 49 87 42
E-Mail: praxis@kleinen-bassy.de
Web: www.kleinen-bassy.de

Deutsche Bank
IBAN: DE17 3907 0024 0113 8122 00
BIC: DEUTDEDB390

Steuernummer:
201/5218/5346
Finanzamt Aachen

PRAXIS
KLEINEN-BASSY
Thomas Kleinen-Bassy, M.Sc.
Psych. Psychotherapeut
Termine nach Vereinbarung

Einwilligung Verarbeitung Gesundheitsdaten

Ich bin einverstanden, dass

die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Behandlungs- und Gesundheitsdaten durch den mir betreuenden Psychotherapeuten innerhalb der Praxis Kleinen-Bassy zum Zweck der Durchführung meiner psychotherapeutischen Behandlung erfolgt.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen kann. Hierfür ist eine mündliche Mitteilung an meinen Therapeuten ausreichend. Bereits abgeschlossene Verarbeitungsvorgänge bleiben von diesem Widerruf unberührt.

Ich habe die vorstehenden Allgemeine Datenschutzhinweise zur Kenntnis genommen und verstanden und habe zurzeit keine weiteren Fragen mehr. Ein Exemplar des Textes habe ich erhalten.

Durch meine Unterschrift erkläre ich die vorstehende Einwilligung für die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten im Rahmen der Durchführung der psychotherapeutischen Behandlung als erteilt.

Ort und Datum: _____

_____ _____

Name Patient/in bzw. gesetzlichen Vertreters Unterschrift

Praxis Kleinen-Bassy
Dürener Straße 83
52393 Hürtgenwald

Tel: +49 2429 93 79 419
Fax: +49 241 95 49 87 42
E-Mail: praxis@kleinen-bassy.de
Web: www.kleinen-bassy.de

Deutsche Bank
IBAN: DE17 3907 0024 0113 8122 00
BIC: DEUTDEDB390

Steuernummer:
201/5218/5346
Finanzamt Aachen

PRAXIS
KLEINEN-BASSY
Thomas Kleinen-Bassy, M.Sc.
Psych. Psychotherapeut
Termine nach Vereinbarung

Angaben zu Sorgerecht und Gesundheitsfürsorge der Eltern bei minderjährigen Patienten

(Dieses Formular ist nur bei getrenntlebenden Eltern minderjähriger Patienten auszufüllen, sofern nicht beide sorgeberechtigte Eltern alle Unterlagen zur Therapie gemeinsam unterschreiben können)

Ich, _____(Name, Vorname), geboren am _____, stimme der psychotherapeutischen Behandlung meines minderjährigen Kindes in der Praxis Kleinen-Bassy uneingeschränkt zu. Ich bevollmächtige hiermit die Kindsmutter/ den Kindsvater _____(Name, Vorname), geboren am _____, mit meinem vollumfänglichen Einverständnis alle relevanten Behandlungsunterlagen und Therapievereinbarungen zu unterzeichnen und bin über die Inhalte durch das andere Elternteil informiert.

Mir ist bewusst, dass ich alle Behandlungsunterlagen und Therapievereinbarungen selber unterschreiben muss, sofern ich die Kindesmutter/ den Kindsvater nicht vollumfänglich bevollmächtige. Dies hat automatisch zur Folge, dass die Behandlung erst dann begonnen werden kann, wenn beide sorgeberechtigten Elternteile alle Unterlagen unterschrieben haben oder die Behandlung sofort unterbrochen werden muss, wenn eine Zustimmung/ Unterschrift im Verlauf der Behandlung notwendig ist.

..... , den ..... …….....

(Unterschrift Erziehungsberechtigter)

( ) Ich bin _____ und sorgeberechtigt (Nachweis wird mitgeschickt)

( ) Ich bin die Kindsmutter und sorgeberechtigt

( ) Ich bin der Kindsvater und sorgeberechtigt

Praxis Kleinen-Bassy
Dürener Straße 83
52393 Hürtgenwald

Tel: +49 2429 93 79 419
Fax: +49 241 95 49 87 42
E-Mail: praxis@kleinen-bassy.de
Web: www.kleinen-bassy.de

Deutsche Bank
IBAN: DE17 3907 0024 0113 8122 00
BIC: DEUTDEDB390

Steuernummer:
201/5218/5346
Finanzamt Aachen

PRAXIS
KLEINEN-BASSY
Thomas Kleinen-Bassy, M.Sc.
Psych. Psychotherapeut
Termine nach Vereinbarung

Angaben der Eltern bei minderjährigen Patienten (Teil 1)

(Dieses Formular bei minderjährigen Patienten zusätzlich ausfüllen)

Eltern

Sorgeberechtigt: ( ) beide Eltern ( ) Mutter ( ) Vater ( ) anders:……...

Familienstand: ( ) verheiratet, seit: …….. ( ) getrennt/ geschieden, seit:……....

Telefonnummer: …….....

Anschrift: …….....

E-Mail: …….....

Mutter ( ) leibliche Mutter ( ) Stief-/ Pflegemutter, seit:……..

Name, Vorname: …….....

Telefonnummer: …….....

Anschrift: …….....

E-Mail: …….....

Höchster Schulabschluss: …….....

Beruf in Voll-/ Teilzeit: …….....

Relevante Erkrankungen: …….....

Vater ( ) leiblicher Vater ( ) Stief-/ Pflegevater, seit:……..

Name, Vorname: …….....

Telefonnummer: …….....

Anschrift: …….....

E-Mail: …….....

Höchster Schulabschluss: …….....

Beruf in Voll-/ Teilzeit: …….....

Relevante Erkrankungen: …….....

Praxis Kleinen-Bassy
Dürener Straße 83
52393 Hürtgenwald

Tel: +49 2429 93 79 419
Fax: +49 241 95 49 87 42
E-Mail: praxis@kleinen-bassy.de
Web: www.kleinen-bassy.de

Deutsche Bank
IBAN: DE17 3907 0024 0113 8122 00
BIC: DEUTDEDB390

Steuernummer:
201/5218/5346
Finanzamt Aachen

PRAXIS
KLEINEN-BASSY
Thomas Kleinen-Bassy, M.Sc.
Psych. Psychotherapeut
Termine nach Vereinbarung

Angaben der Eltern bei minderjährigen Patienten (Teil 2)

(Dieses Formular bei minderjährigen Patienten zusätzlich ausfüllen)

Geschwister: (Bitte geben Sie an ob es sich um leibliche Geschwister handelt)

Anzahl: ..... leibliche Geschwister

Name und Alter ……..... ..... ( ) ja ( ) nein

Relevante Erkrankungen: ……..……..

Name und Alter ……..... ..... ( ) ja ( ) nein

Relevante Erkrankungen: ……..……..

Name und Alter ……..... ..... ( ) ja ( ) nein

Relevante Erkrankungen: ……..……..

Name und Alter ……..... ..... ( ) ja ( ) nein

(X) Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten gemäß der aktuellen Datenschutzbestimmungen des BDSG-neu erhoben und gespeichert werden dürfen. Die Allgemeinen Datenschutzhinweise wurden mir schriftlich zur Verfügung gestellt und sind auch jederzeit auf www.kleinen-bassy.de zu finden.

(X) Ich bestätige, dass nur vollständig ausgefüllte und unterschriebene Anmeldeunterlagen (Seite 1–7 Erwachsene und 1-10 für Kinder und Jugendliche) von der Praxis Kleinen-Bassy bearbeitet werden.

....., den ..... ……..
(Unterschrift 1. Erziehungsberechtigter/ Mutter)

....., den ..... ……..
(Unterschrift 2. Erziehungsberechtigter/ Vater)

....., den ..... ……..
(Unterschrift minderjähriger Patient)

Praxis Kleinen-Bassy
Dürener Straße 83
52393 Hürtgenwald

Tel: +49 2429 93 79 419
Fax: +49 241 95 49 87 42
E-Mail: praxis@kleinen-bassy.de
Web: www.kleinen-bassy.de

Deutsche Bank
IBAN: DE17 3907 0024 0113 8122 00
BIC: DEUTDEDB390

Steuernummer:
201/5218/5346
Finanzamt Aachen