



# Joachim Josef Wolf

## Praxis für Psychotherapie Kinesiologie und Hypnose

Joachim Josef Wolf, Heilpraktiker f. Psychotherapie, Wilhelmstr. 20, 75228 Ispringen, info@psychotherapie-wolf.de

### Anmeldung/Vereinbarung/Beratungs-/Therapievertrag

### Psychotherapie, psychologische Kinesiologie, Hypnosetherapie

Vor-/Nachname:.....

Strasse ..... Wohnort:.....

Telefon privat u. geschäftl.:.....

E-Mail Adresse: .....

Geb. Datum:..... jetziger Beruf:.....

Familienstand/Kinder: .....

Krankenversicherung privat  HP-Zusatz  gesetzlich  Krankenkasse:.....

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit der Beratung-/Behandlung durch mich als Heilpraktiker für Psychotherapie und den von mir angewandten Therapieformen einverstanden.

Sie sind von mir über meine Verschwiegenheitspflicht, die von mir angewandten Therapieformen, die beraterischen und therapeutischen Vorgehensweise, sowie die möglichen Risiken und Nebenwirkungen einer Psychotherapie informiert worden.

Sie haben das beigefügte Informationsblatt Datenschutz gelesen und die Einwilligung zur Datenerhebung und –speicherung persönlich unterschrieben.

Sie haben zur Kenntnis genommen, dass die Therapiekosten **nicht** von gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden.

Sie akzeptieren hiermit meine mit Ihnen vereinbarten Honorarsätze. Diese sind von Ihnen jeweils beim **Praxistermin** im Anschluss **in bar** zu entrichten, unabhängig davon, ob Ihre PKV oder PZV Versicherung diese ganz, nicht oder nur teilweise erstattet.

**Online-Termine** sind immer nach der Buchung **im Voraus** oder bei längerfristigen Terminen spätestens zwei Wochen vor dem Termin per Überweisung oder PayPal zu entrichten.

Je nach Art Ihrer privaten Kranken- oder privaten Zusatzversicherung kann es sein, dass nicht alle von Ihnen in Anspruch genommenen Therapieleistungen oder die Höhe meines Honorars erstattungs- bzw. beihilfefähig sind. Es ist an Ihnen, dies mit Ihrer Krankenversicherung abzuklären.

Ihnen ist bekannt, dass Sie, sofern Sie einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, diesen spätestens 48 Stunden vorher absagen müssen. Sie erklären sich damit einverstanden, dass nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine in vollem Umfang in Rechnung gestellt werden, es sei denn, die Terminlücke kann kurzfristig anderweitig geschlossen werden.

Datum:.....Unterschrift Klient/Patient/Vetreter:.....