**DATENBLATT**

Vorname: Familienname:

Versicherungsnummer/Versichert bei::

Adresse:

Telefonnummer: Handy:

e-mail:

ZuweiserIn:

Vereinbartes Honorar/Zahlungsmodalität:

 Erstgespräch : 100.- (60 Min)

Folgegepräch: 95 (50 Min)

Besondere Vereinbarungen:

Ich stimme der Verarbeitung (Erhebung, Erfassung, Speicherung, Auslesung, Verwendung etc.) meinerDaten (Vor- und Nachname einschließlich Anrede und Titel, (Zustell-)Adresse, E-Mail,Telefonnummer, Geburtsdatum und SVNR sowie psychotherapeutische Dokumentation zum Zweck der Verarbeitung:

* psychotherapeutische Dokumentation gemäß § 16a PthG,
* Verrechnung mit den jeweiligen Krankenkassen (falls gewünscht) sowie
* Kooperation mit Angehörigen anderer Berufsgruppen gemäß § 14 Abs 2 PthG (falls erforderlich)
* Honorarnoten und Rechnungen,
* Buchhaltung/Übermittlung der Honorarnoten und Rechnungen an SteuerberaterInnen,
* Einbringung von Honorarforderungen im Inkasso-/Rechtsweg
* Terminorganisation

ausdrücklich zu und nehme zur Kenntnis, dass ohne die hierfür erforderliche Weitergabe meiner Daten an dritte Datenempfänger (Krankenkassen und Angehörige anderer Berufsgruppen) weder eine Verrechnung mit den jeweiligen Krankenkassen noch eine Kooperation mit Angehörigen anderer Berufsgruppen gemäß § 14 Abs 2 PthG erfolgen kann.

Diese Einwilligung kann jederzeit bei mir schriftlich widerrufen werden.

Klienteninformation ausgehändigt am

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschriftt