



## Psychotherapie – Information und Vereinbarung

### Angaben zur Person

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mail-Adresse:\* \_\_\_\_\_

\* Bitte Mail-Adresse nur angeben, wenn Sie mit unverschlüsselter Mail-Kommunikation einverstanden sind.

### Behandlung

Eine Sitzung dauert 50 Minuten. Die Termine sind fest reserviert (Bestell-Praxis), weshalb pünktliches Erscheinen und möglichst frühzeitige Absage, falls ein Termin nicht wahrgenommen werden kann, wichtig sind. Bei wiederholtem Nicht-Erscheinen ohne Absage des Termins oder Absage innerhalb von weniger als 24 Stunden vor dem Termin kann ein Ausfall-Honorar in Höhe von 50 Euro in Rechnung gestellt werden.

### Behandlungskosten

Die Behandlungskosten sollen wie folgt abgerechnet werden (bitte ankreuzen):

- Ich bin **gesetzlich krankenversichert** bei \_\_\_\_\_  
Ich wünsche eine Behandlung zu Lasten meiner Krankenkasse, die Abrechnung der Leistungen erfolgt durch den Behandler.
- Ich bin **privat krankenversichert** bei \_\_\_\_\_  
Die Kosten werden mir gemäß der Gebührenordnung für Psychotherapeut\*innen (GOP) in Rechnung gestellt und durch mich mit meiner privaten Krankenversicherung abgerechnet.
- Ich möchte die Behandlungskosten **selbst bezahlen**. Die Kosten werden mir gemäß der Gebührenordnung für Psychotherapeut\*innen (GOP) in Rechnung gestellt.

Unabhängig von der Erstattung durch Dritte schulde ich dem Behandler das Behandlungshonorar persönlich und in voller Höhe. Etwaige Ausfallhonorare werden von den Krankenkassen nicht erstattet und müssen privat bezahlt werden.

### Einverständnis (erforderlich)

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis mit der **Aufnahme einer ambulanten Psychotherapie** zwischen Herrn Stefan Balz (Behandler) und mir. Mit den oben genannten Regelungen bin ich einverstanden.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

### Einwilligung in die Nutzung der Videosprechstunde RED connect (optional)

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, ausreichend über die Video-Beratung sowie deren technische Voraussetzungen und datenschutzrechtlichen Aspekte informiert worden zu sein. Ich versichere, dass

- die Video-Beratung zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes in geschlossenen Räumen und ruhiger Umgebung stattfindet,
- zu Beginn der Video-Beratung eine Vorstellung aller im Raum anwesenden Personen erfolgt,
- Bild- und/oder Ton-Aufzeichnungen während der Video-Beratung unterbleiben,
- die technischen Voraussetzungen für die Nutzung der Video-Beratung vorliegen.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann, eine mündliche Mitteilung ist ausreichend.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

➔ **Beachten Sie bitte die Hinweise zum Datenschutz auf der Rückseite!**



## Information zum Datenschutz

Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) besteht die Verpflichtung, darüber zu informieren, zu welchem Zweck Daten erhoben, gespeichert oder übermittelt werden.

### Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung

Die Verantwortung für die Datenverarbeitung liegt bei

Stefan Balz | Friedrichstraße 5 | 72072 Tübingen | Tel 0176 87846818 | info@stefan-balz.de

### Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und mir sowie die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Nur in Ausnahmefällen benötige ich Ihr explizites Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Ich verarbeite Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die ich oder andere Behandler erheben oder erhoben haben. Somit können auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind oder waren, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

### Speicherung Ihrer Daten

Aufgrund gesetzlicher Vorgaben (§ 630f BGB) bin ich dazu verpflichtet, diese Daten über einen Zeitraum von mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

### Übermittlung von Daten

Personenbezogenen Daten übermittle ich nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie darin eingewilligt haben. Letzteres setzt voraus, dass Sie mich von meiner Schweigepflicht gegenüber der dritten Person oder Stelle entbunden haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten sind in meiner Praxis vor allem andere Ärzte oder Psychotherapeuten oder Krankenkassen. Die Übermittlung erfolgt zum Zwecke der Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen sowie zur Abrechnung der erbrachten Leistungen.

### Ihre Rechte

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

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 mich zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Baden-Württemberg

Postfach 10 29 32 | 70025 Stuttgart oder Königstraße 10a | 70173 Stuttgart

Telefon: 07 11/61 55 41-0 | Telefax: 07 11/61 55 41-15 | poststelle@lfdi.bwl.de