

ANMELDEBOGEN

Name

Vorname

Titel

Straße (Bitte angeben, Adressdaten sind notwendig zur Kontaktaufnahme)

Hausnummer

Postleitzahl

Stadt

Geburtsdatum

E-Mail-Adresse (freiwillig, zur Kontaktaufnahme)

Telefonnummer (notwendig, zur Kontaktaufnahme)

Kontaktaufnahme per SMS erlaubt?

☐ ja

☐ nein

Anrufbeantworter besprechen erlaubt?

☐ ja

☐ nein

Befanden Sie sich bereits in psychotherapeutischer Behandlung?

☐ ja

☐ nein

Wenn ja: ☐ ambulant ☐ stationär

Von:

bis:

☐ ambulant ☐ stationär

Von:

bis:

Familienstand

Erlerner Beruf

Derzeitige Beschäftigung

Überwiesen/ Empfohlen von (Mediziner:in, Beratungsstelle usw.), möglichst mit Ansprechpartner:in

Hausarzt, möglichst mit Adresse

ANMELDEBOGEN

Körperliche Erkrankungen/ Allergien

Medikation (jeglicher Art; seit wann und in welcher Dosierung)

Name: _____

Vorname: _____

Handynummer: _____

Angehörige:r (zur Kontaktierung nur in medizinischen Notfällen)

Hier können Sie angeben, wann es Ihnen definitiv nicht möglich ist, Termine wahrzunehmen

Sonstiges

Ich versichere, dass die Angaben auf dem Anmeldebogen richtig sind und bestätige dies mit meiner Unterschrift:

Ort, Datum und Unterschrift (Patient:in bzw. der oder die gesetzliche Vertreter:in)



HINWEIS ZUR SPRECHSTUNDE

Die Sprechstunde stellt eine erste diagnostische Einschätzung Ihrer psychischen Beschwerden dar. Sollte es sich bei Ihrer Problematik um eine psychische Erkrankung handeln, werden Sie ausführlich darüber informiert.

So bekommen Sie eine erste Orientierung hinsichtlich möglicher Behandlungsverfahren, zum Beispiel

- Psychotherapeutische Akutbehandlung bei uns (maximal 12 Stunden) oder/und
- Gruppentherapie bei uns oder/und
- Psychopharmakotherapie (medikamentöse Therapie) durch unsere Fachärzt:innen.

Auch über externe Versorgungsangebote, beispielsweise Langzeitpsychotherapie, (Tag-)kliniken oder psychosoziale Beratungsstellen werden wir Sie beraten können.

Mit der von uns entwickelten Plattform www.wobehandeln.de oder auch unterstützt durch unsere Sozialpädagogin können Sie zielsicher und schnell eine geeignete Anlaufstelle für psychosoziale Unterstützung im Großraum München finden.

Ob eine Therapie im ptgz möglich ist, hängt unter anderem auch von den Kapazitäten unseres Behandlungsteams ab.

In der Regel haben wir mehr freie Kapazitäten für Gruppentherapie als für Einzeltherapie.

Informieren Sie sich im Rahmen der Sprechstunde oder über unsere Homepage also gerne auch darüber, welche Gruppentherapie für Sie und Ihre Beschwerden geeignet ist.

- ☐ Ich habe die Beschreibung einer Sprechstunde zur Kenntnis genommen.
- ☐ Mir ist bewusst, dass mit einer Sprechstunde keine Garantie für eine Psychotherapie im ptgz verbunden sein kann.



Unterschrift (Patient:in bzw. der oder die gesetzliche Vertreter:in)

ALLGEMEINE INFORMATIONEN UND RAHMENBEDINGUNGEN

Sehr geehrte:r Patient:in,

bevor Sie sich für eine Therapie bei uns entscheiden, möchten wir Sie noch auf einige wichtige Rahmenbedingungen hinweisen. Ihre Zustimmung dazu ist Voraussetzung für einen Therapiebeginn.

Ablauf der Behandlung: Im Psychotherapeutischen Gesundheitszentrum/ vfkv - MVZ am Goetheplatz gGmbH wird zu Beginn eine orientierende psychotherapeutische Sprechstunde von einem/r psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeuten/in durchgeführt. In der Sprechstunde schauen wir gemeinsam, wie Ihre Beschwerden einzuschätzen sind. Basierend darauf entscheiden wir zusammen, ob bzw. welche weiterführende (psychotherapeutische) Behandlung sinnvoll ist.

Schweigepflicht: Alles was Sie uns erzählen ist vertraulich und unterliegt selbstverständlich der gesetzlichen Schweigepflicht. Eine Kommunikation mit anderen behandelnden Ärzten oder anderen Personen ist nur mit Ihrer ausdrücklichen schriftlichen Zustimmung möglich. Eine Ausnahme von dieser Regel gilt nur für extreme Situation, z.B. wenn Sie sich oder andere gefährden.

Konsiliarbericht: Sollte eine Behandlung über die psychotherapeutische Sprechstunde hinaus sinnvoll sein, ist die Einholung eines sogenannten Konsiliarberichtes vorgeschrieben. In diesem Bericht bestätigt ein Fach-/Arzt Ihrer Wahl (z.B. ein Psychiater), dass Sie nicht an einer körperlichen Krankheit leiden, die eine Therapie ausschließt. Eine Kopie dieses Konsiliarberichtes wird dem Antrag an die Krankenkasse, welche die Kosten übernimmt, beigelegt.

Kosten: Die Kosten für Psychotherapie ergeben sich aus der Gebührenordnung für Psychotherapeuten und Ärzte (GOP/Ä 2,3/3,5). Die Gebühr für eine Einheit Verhaltenstherapie (50 min.) beträgt 134,06 €. Erhebung psychischer Befund 33,52 €, diagnostische Fragebögen und Tests sowie deren Auswertung werden mit einer Gebühr von je 12,17 € berechnet.

Privat-Versicherte: Kosten, die für eine Psychotherapie anfallen, werden in der Regel von Ihrer privaten Krankenkasse erstattet. Manche Versicherungen beschränken jedoch die Anzahl der zu übernehmenden psychotherapeutischen Leistungen oder schließen sie ganz aus. Daher ist es notwendig, dass Sie sich erkundigen, welche Leistungen in Ihrem Versicherungs-Tarif enthalten sind.

Beihilfeberechtigte: Nach Antrag des Psychotherapeuten trägt Ihre Beihilfe die Kosten der Therapie anteilig, der übrige Anteil der Kosten wird nach Antrag von Ihrer privaten Krankenkasse getragen.

Selbstzahler: Entscheiden Sie sich die Kosten der Psychotherapie selbst zu tragen, entfallen sämtliche Anträge bei Ihrer Krankenkasse. Sie erhalten eine Rechnung von uns. Die Höhe der Kosten richtet sich dabei ebenfalls nach der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP).

Ausfallhonorar: Die Zeit für Ihre Sitzung wird für Sie reserviert. Sollten Sie einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie Ihn bitte spätestens 24 Stunden vorher ab, falls Sie uns telefonisch nicht erreichen können, schicken Sie eine Email an info@ptgz.de. Sollten Sie sehr kurzfristig nicht kommen können, dann informieren Sie uns bitte trotzdem. Leider ist es in der Regel nicht möglich, so kurzfristig abgesagte Termine an andere Patient:innen weiter zu vergeben. Bitte beachten Sie daher, dass wir Ihnen bei einer kurzfristigeren Terminabsage (egal aus welchen Gründen) bzw. bei Nichterscheinen zum Termin ein Ausfallhonorar in Rechnung stellen werden.

Das Ausfallhonorar beträgt:

- 80 Euro für den Ausfall einer 50-minütige Sitzung
- 40 Euro für den Ausfall einer 25-minütigen Sitzung
- 40 Euro für das Verpassen einer 100-minütigen Gruppentherapie-Sitzung

Das Ausfallhonorar wird nicht durch die Krankenkasse erstattet. Bei Vorlage eines ärztlichen Attestes werden wir Ihnen das Ausfallhonorar erlassen.

Hinweis zur Zahlungsabwicklung: Im Falle des Ausbleibens der Zahlung nach der zweiten Mahnung behalten wir uns vor, die offene Forderung inklusive Name und Adresse an Debkon plus Inkasso GmbH (Hanns-Martin-Schleyer-Straße 18 a/Haus 1, 47877 Willich) zu übergeben.

Telefonnummern für den Notfall: **Bitte beachten Sie**, dass wir **nicht** die Möglichkeit zur Krisenintervention bei akuter Suizidalität bieten.

Wenden Sie sich in dringenden Notfällen bitte an

- den **Krisendienst Psychiatrie** unter Tel. 0800 / 655 3000,
- die **Psychiatrische Institutsambulanz, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität München**, Nußbaumstraße 7 unter Tel. 089 / 4400-555 11 oder -555 12,
- das **Atriumhaus** unter 089 / 76 78 0,
- die **Telefonseelsorge München** unter Tel. 0800 111 0 111 (kostenfrei)
- oder jeden anderen **ärztlichen Notdienst** unter Tel. 112.

Innovatives Konzept & Forschung: Die hier durchgeführten Therapien basieren durchweg auf wissenschaftlichen Erkenntnissen der Therapieforschung. Darüber hinaus untersuchen wir weitere neue Therapiekonzepte und versuchen stets, die Versorgung unserer Patient:innen zu verbessern. Nur durch Ihre Zustimmung und Mitwirkung bei den wissenschaftlichen Erhebungen können wir diesen Zielen gerecht werden.

Aufbewahrungspflicht: Alle von Ihnen mitgebrachten oder ausgefüllten Unterlagen sowie Fragebögen oder Testungen gehen in die Patient:innenakte ein und müssen per Gesetz in unserer Praxis mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufbewahrt werden. Sie haben ein Recht auf Einsicht in (Teile) Ihrer Patient:innenakte.

Nebenwirkungen einer Psychotherapie: Wie jedes Behandlungsverfahren kann auch eine Psychotherapie unerwünschte Wirkungen und Risiken zur Folge haben. So können z. B. emotionale Krisen im Verlauf der Behandlung auftreten, insbesondere wenn problematische Punkte angesprochen werden. Im Zuge dessen kann es auch zu einer vorübergehenden Verschlechterung Ihres Befindens kommen. Manchmal werden auch bisher unerkannte Konflikte und Schwierigkeiten in verschiedenen Lebensbereichen (Partnerschaft, Familie, Beruf etc.) erst im Laufe der Behandlung deutlich. Dabei ist es uns wichtig zu betonen, dass Sie in jedem Stadium der Therapie die volle Entscheidungsmöglichkeit über die Inhalte der Therapie haben. Lediglich im Falle einer

akuten Selbst- oder Fremdgefährdung sind wir gezwungen, spezielle Therapieangebote z.B. in einem psychiatrischen Krankenhaus einzuleiten.

Wir gehen sehr offen mit Beschwerden und Kritik um. Sollten Sie einen Anlass haben, mit der Therapie Ihres Therapeuten oder Ihrer Therapeutin nicht zufrieden zu sein, sprechen Sie ihn oder sie bitte darauf an. Darüber hinaus weisen wir darauf hin, dass die Psychotherapeutenkammer Bayern ebenso eine Beschwerdestelle führt, an die sich Patient:innen wenden können.

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZU RAHMENBEDINGUNGEN UND DATENSCHUTZ FÜR PRIVATPATIENT:INNEN

Name

Vorname

Geburtsdatum

- ☐ Ich willige ein, dass das Psychotherapeutische Gesundheitszentrum / vfkv – MVZ am Goetheplatz gGmbH meine personenbezogenen Daten (z.B. Name, Adress- und Kontaktdaten) im Rahmen der Behandlung und der Nachsorge erfasst. *(Voraussetzung für Therapie)*
- ☐ Die Hinweise zum Datenschutz (Seite 7-8), habe ich gelesen und verstanden. *(Voraussetzung für Therapie)*
- ☐ Ich bin mit dem Ausfallhonorar in Höhe von bis zu 80 € (Seite 4) einverstanden. *(Voraussetzung für Therapie)*
- ☐ Ich stimme den Rahmenbedingungen (Seite 3-5) zu. *(Voraussetzung für Therapie)*

SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG DES PSYCHOTHERAPEUTISCHEN GESUNDHEITZENTRUMS/ MVZ AM GOETHEPLATZ GGBH

- ☐ Ich entbinde mit die Mitarbeiter:innen des Psychotherapeutischen Gesundheitszentrums / vfkv – MVZ am Goetheplatz gGmbH von der Schweigepflicht untereinander zum Zwecke der Koordination meiner Behandlung sowie der Intervention (fachlicher Austausch zu Verbesserung der Behandlungsqualität). Ich erlaube die Einsicht und Bearbeitung meiner Daten zu administrativen, organisatorischen und behandlungsvorbereitenden Zwecken durch Praxispersonal. *(Voraussetzung für Therapie)*

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR WISSENSCHAFTLICHEN DATENAUSWERTUNG

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Psychotherapeutische Gesundheitszentrum / vfkv – MVZ am Goetheplatz gGmbH und seine wissenschaftlichen Kooperationspartner:innen meine Daten (z. B. soziodemografische Daten, medizinische Basisdaten, Rückmeldungen zur Therapie) alleinig in anonymisierter und aggregierter Form verarbeiten. Das heißt, es sind keinerlei Rückschlüsse auf mich als Person möglich. Die Auswertung erfolgt nur mit meinem Einverständnis für wissenschaftliche Zwecke.

- ☐ Ja, ich bin mit einer wissenschaftlichen Auswertung meiner anonymisierten Daten wie oben beschrieben einverstanden. *(optional, keine Voraussetzung für Therapie)*
- ☐ Zusätzlich bin ich damit einverstanden, 6 Monate nach Therapieende im Rahmen der wissenschaftlichen Auswertung kontaktiert zu werden (Nachsorge). *(optional, keine Voraussetzung für Therapie)*
- ☐ Nein, ich bin mit einer wissenschaftlichen Auswertung, auch wenn sie anonymisiert ist, nicht einverstanden.

Mit der Unterschrift bestätige ich alle meine Angaben auf dieser Seite.

Ort, Datum und Unterschrift (Patient:in bzw. der oder die gesetzliche Vertreter:in)



HINWEISE ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte:r Patient:in,

der Schutz von personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck wir Ihre Daten speichern oder weiterleiten. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. Verantwortlichkeiten für die Datenverarbeitung und den Datenschutz

Verantwortlich für die Datenverarbeitung und Datenschutz ist:

Psychotherapeutisches Gesundheitszentrum / vfkv – MVZ am Goetheplatz gGmbH
Lindwurmstraße 83/3
80337 München
Tel. 089 / 95 428 83 0
E-Mail: info@ptgz.de
Geschäftsführerinnen: Tanja Koeniger, Margarete Kranzkowski

2. Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Psychotherapeutisches Gesundheitszentrum / vfkv – MVZ am Goetheplatz gGmbH und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten bzw. die personenbezogenen Daten Ihres Kindes, insbesondere die Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlüsse und Befunde, die wir oder andere Ärzt:innen erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzt:innen oder Psychotherapeut:innen, bei denen Sie bzw. Ihr Kind in Behandlung sind/ist, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für die Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. Empfänger personenbezogener Daten

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

Empfänger:innen von personenbezogenen Daten können vor allem Ärzt:innen/Psychotherapeut:innen, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen bzw. Ihrem Kind erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger:innen.

4. Speicherung personenbezogener Daten

Wir bewahren personenbezogene Daten so lange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich kürzere oder längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraph 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

5. Ihre Rechte

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

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung der Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung personenbezogener Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. 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 bzw. die personenbezogenen Daten Ihres Kindes nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Bayrisches Landesamt für Datenschutzaufsicht (BayLDA), Promenade 27, 91522 Ansbach.

Rechte der betroffenen Person:

Auskunft, Berichtigung, Löschung und Einschränkung, Widerspruchsrecht

Sie sind gemäß Art. 15 DS-GVO jederzeit berechtigt, gegenüber Psychotherapeutisches Gesundheitszentrum / vfkv – MVZ am Goetheplatz gGmbH um Auskunftserteilung zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen.

Sie haben jederzeit das Recht, die Berichtigung, Löschung und Einschränkung in der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu verlangen. Des Weiteren haben Sie das Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde.

Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an uns (Psychotherapeutisches Gesundheitszentrum / vfkv – MVZ am Goetheplatz gGmbH, Lindwurmstr. 83 / 3. Stock, 80337 München, Telefon 089 / 95 428 83 0, E-Mail: info@ptgz.de) senden. Es entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten.

Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie auf unserer Webseite:

<https://psychotherapeutisches-gesundheitszentrum.de/datenschutz/>

6. Rechtliche Grundlagen

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DS-GVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) BDSG. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gerne an uns wenden.

HONORARVEREINBARUNG

Name

Vorname

Geburtsdatum

Gemäß § 2 der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) wird folgende **Honorarvereinbarung** geschlossen:

Der Regelbehandlungssatz nach GOÄ/GOP wird üblicherweise mit dem Faktor 2,3 abgerechnet.

Eine Auswahl an möglichen Abrechnungsziffern wird unten aufgelistet:

GOP/ GOÄ	Definition	Punktwert	GOP Faktor 2,3	GOÄ Faktor 3,5
1	Beratung unter 10 Minuten	80		16,32 €
3	Eingehende telefonische Beratung, mehr als 10 Minuten	150		30,60 €
4	Fremdanamnese, einmalig	220		44,88 €
5	symptombezogene Untersuchung	80		16,32 €
15	Einleitung therapeutischer sozialer Maßnahmen	300		61,20 €
34	Erörterung der Auswirkungen einer Krankheit auf die Lebensgestaltung	300		61,20 €
70	AU, Kurze Bescheinigung	40		8,16 €
75	Epikritischer Befund, ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht (inkl. Angaben zur Anamnese u. Therapie)	130		26,52 €
80	Schriftl. gutachterliche Äußerung	300		61,20 €
85	Schriftl. gutachterliche Äußerung mit einem, das gewönl. Maß übersteigender Aufwand (30 Min), mit wissenschaftlicher Begründung	500		102,- €
85a	Erstellung eines verfahrensspezifischen Berichts an den Gutachter zur Beantragung einer Therapie	500	67,03 €	
801	Eingehende psychiatrische Untersuchung	250		51,00 €
801a	Erhebung des aktuellen psychischen Befundes (mind. 3 Bereiche)	250	33,52 €	
804a	Psychoth. Behandlung durch eingehendes Gespräch auch mit gezielter Exploration	150	20,11 €	
806	Psychiatrische Behandlung	250		51,00 €
807a	Vertiefte Exploration in Fortführung einer biografischen Anamnese unter Einschaltung der Bezugs- und Kontaktpersonen	400	53,62 €	
808	Einleitung VT, sowie Besprechung mit Psychotherapeuten	400		81,60 €
812	Notfall	500	67,03 €	102,-- €
812a	Psychotherapeutische Sprechstunde (je 50 Min)	500	134,06 €	
812a	Psychotherapeutische Akutbehandlung (je 50 Min)	500	134,06 €	
817a	Eingehende psychotherapeutische Beratung von Bezugspersonen anhand erhobener Befunde u. Erläuterung geplanter Maßnahmen	180	24,13 €	
846	Übende Verfahren, z. B. autogenes Training, Einzel, mind. 20 Min.	150		30,60 €
849	Psychoth. Behandlung, mind. 20 Min.	230		46,92 €
855	Projektive Tests, auch Sidam (Faktor 1,8)	722		147,29 €
855a	Psychologische und neuropsychologische Testbatterien (mind. 3 Testverfahren, z.B. PHQ-D, BDI, PSSI, ISR, HAQ) (Faktor 1,8)	722	75,75 €	
865	Besprechung mit nichtärztlichen Psychotherapeuten	345		70,38 €
860	Anamnese, einmal im Behandlungsfall	920		187,69 €

860a	Biografische Anamnese	920	123,34 €	
870a	Systemische Therapie, Neuropsychologische Therapie, EMDR, mind. 50 Min	750	100,55 €	
870	VT Einzel, mind. 50 Min.	750		153,00 €

Hiermit erklären Sie sich einverstanden die Kosten für Ihre Behandlung selbst zu übernehmen. Unser Anspruch besteht Ihnen gegenüber und nicht gegenüber Ihrer Krankenkasse. Bitte erkundigen Sie sich im Vorfeld bei Ihrer Krankenkasse bzgl. einer möglichen Übernahme der Kosten. Bitte beachten Sie, dass die Erstattung der Vergütung durch die Erstattungsstellen der privaten Krankenkassen/Beihilfe möglicherweise nicht immer in vollem Umfang gewährleistet ist.



Ort, Datum und Unterschrift (Patient:in bzw. der oder die gesetzliche Vertreter:in)

Unterschrift/ Stempel von Ärzt:in oder Therapeut:in