

**Anmeldeformular für die Aufnahme einer Psychotherapie oder Beratung bei
Dr. phil. Liselotte Staub in der Praxis Aefligen oder Interlaken
ZSR-Nummer: Y 323 132**

Geschäftsbedingungen

Verantwortlichkeit

Meine Verantwortung liegt in der fachkundigen Erkennung, Planung und Durchführung der zur Lösung Ihrer Probleme notwendigen und in meiner persönlichen Fachkompetenz liegenden therapeutischen oder beraterischen Massnahmen. In Ihrer Verantwortung liegt die Äusserung von Anliegen und Erwartungen. Ihre Angaben unterliegen einer gesetzlich verordneten Schweigepflicht.

Frequenz und Dauer der Sitzungen

Grundsätzlich bestimmen Sie die Sitzungsfrequenz selbst. Empfehlungen dazu gebe ich Ihnen gerne ab. Eine Sitzung dauert in der Regel 60 Minuten, +/- 15 Minuten. Zusätzlich stelle ich 5 - 10 Minuten für die elektronische Erfassung des Behandlungsprozesses in Rechnung. Zusätzlich, durch Sie veranlasste Aufwendungen wie Telefongespräche, Zeugnisse oder Berichte verrechne ich nach Zeitaufwand auf der Basis des geltenden Honoraransatzes.

Sitzung absagen

Vereinbarte Sitzungstermine sind verbindlich. Falls Sie verhindert sind und die Sitzung mindestens 24 h vorher absagen, wird sie nicht berechnet. Bei kurzfristige Absagen oder unentschuldigtem Fernbleiben wird ein Sitzungstarif von 60 Minuten in Rechnung gestellt.

Kostenträger

Meine Leistungen sind in der Grundversicherung der Krankenkassen versichert, falls Sie eine ärztliche Verordnung vorweisen können. Dafür wenden Sie sich an Ihren Hausarzt oder an einen anderen behandelnden Arzt und bitten ihn um eine solche Verordnung.
Der provisorische Tarif gem. Krankenversicherungsgesetz beträgt Sfr. 2.58 / Min.

 Ich habe die Geschäftsbedingungen zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden.

Name u. Vorname	
Geburtsdatum:	
Postadresse:	
Telefon:	
eMail:	
Krankenkasse:	
Arzt, der die Verordnung ausgestellt hat:	

Datum u. Unterschrift: _____