

Anmeldeformular

Name	Vorname
Strasse / Nummer	PLZ / Ort
Tel. Privat	Mobiltelefon
Geburtsdatum	Beruf
Hausarzt (Vor- & Nachname, Ort)	
Krankenkasse	Krankenkassen-Nummer
Ggf. gesetzliche Vertretung	
Wie wurden Sie auf die Praxis-Laufen aufmerksam?	

Informationen

Meine Leistung ist anerkannt im Rahmen der Krankenkassen Zusatzversicherung, aber nicht im Rahmen der obligatorischen Krankenkassen Grundversicherung. Der Selbstkostenanteil variiert je nach Zusatzversicherung beträchtlich. Bitte informieren Sie sich direkt bei Ihrer Krankenkasse, ob und wie viel der entstehenden Kosten gedeckt sind.

Inkasso

Damit ich mich auf meine psychologische Tätigkeit voll und ganz konzentrieren kann, bin ich darauf angewiesen, dass meine Klienten den Rechnungsbetrag bezahlen. Leider geschieht es immer häufiger, dass Klienten die Rechnung nicht bezahlen und so entstehen dadurch tlw. grosse Mehraufwände, die mich in meiner therapeutischen Tätigkeit einschränken. Aus diesem Grunde bitte ich Sie, mir proaktiv mitzuteilen, wenn Sie ggf. unvorhergesehene Rechnungen erhalten haben und aktuell knapp bei Kasse sind. Gerne bin ich bemüht Ihre Situation so gut ich kann zu berücksichtigen.

Falls ich jedoch nichts von Ihnen gehört habe, werde ich für das Inkasso ein externes Unternehmen beauftragen müssen. Selbstverständlich erhalten diese Stellen nur diejenigen Informationen und Daten, die sie selbst für Ihre Aufgabe benötigen. Ich bitte Sie deshalb mit Ihrer Unterschrift zu bestätigen, dass Sie mit diesem Vorgehen einverstanden sind. Sollten Sie Ihre Einwilligung nicht erteilen ist das Ihr gutes Recht.

Dennoch möchte ich Sie darüber informieren, dass ich im Falle von nicht bezahlten Rechnungen und keiner Einwilligung Ihrerseits bei der kantonalen Gesundheitsdirektion eine Befreiung vom Berufsgeheimnis beantragen kann.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

1. alle gemachten Angaben korrekt sind,
2. ich die o.g. Information (Krankenkassen Zusatzversicherung) gelesen habe,
3. ich über die Kosten der Sitzungen informiert worden bin,
4. den Psychologen (Dr. Daryl Niedermoser) gegenüber den etwaig zuständigen Instanzen (bspw. Betreibungsämter, Gerichtsinstanzen sowie einer allfälligen Rechtsvertretung) soweit von der beruflichen Schweigepflicht entbinde als dies für das Inkasso der unbezahlt gebliebenen Honorarforderung erforderlich ist.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Angaben zu Ihrer Person

Sind Sie Raucher/in?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, ich rauche pro Tag ca. ____ Zigaretten
Leiden Sie derzeit unter einer Krankheit?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, welche: _____ _____ _____
Nehmen Sie derzeit Medikamente ein oder haben Sie kürzlich welche eingenommen?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, welche: _____ _____ _____
Waren Sie in den letzten Jahren im Spital oder in ärztlicher Behandlung?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, wann und warum: _____ _____ _____
Waren Sie in den letzten Jahren in psychiatrischer oder psychologischer Behandlung?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, wann und warum: _____ _____ _____
Ist Ihre aktuelle Situation ein Notfall? Oder sind (waren) Sie des Lebens überdrüssig (i.S.v. suizidale Gedanken/Handlungen/Planung)?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, wann und warum: _____ _____ _____

§ Individuelle Beratung, Coaching & psychologische Therapie / Referate
Dr. phil. Daryl Wayne Niedermoser

Praxis-Laufen.ch
c/o Kantonsspital Baselland
Lochbruggstrasse 39
4242 Laufen
+41 79 405 9 405
beratunglaufen@gmail.com
www.praxis-laufen.ch

Formular: Erklärung unverschlüsselte Kommunikation (bspw. via E-Mail, WhatsApp o.a.)

Name	Vorname
Geburtsdatum	E-Mailadresse

1. Der Klient wünscht mit Praxis-Laufen.ch Daten über das Internet auszutauschen. Er ermächtigt somit die Praxis-Laufen.ch mit ihm künftig Daten per unverschlüsselter Kommunikation (bspw. WhatsApp, E-Mail, Skype o.a.) auszutauschen.
2. Der Klient ist sich darüber bewusst, dass die Kommunikation über das Internet gewisse Risiken und Gefahren (bspw. Datenschutz, unvollständige Übermittlung, Zusendung an unberechtigte Dritte, Servicestörungen und -unterbrüche, sowie nicht erkennbarer Missbrauch durch Dritte) beinhaltet. Diese Umstände können dazu führen, dass das Berufsgeheimnis gefährdet wird.
3. Der Klient beauftragt die Praxis-Laufen.ch Informationen, die seine Personendaten oder andere schützenswerte Informationen enthalten können, per unverschlüsselter E-Mail mit ihm auszutauschen. Diese Dokumente können beispielsweise Berichte oder auch Rechnungen sein (nicht abschliessend).
4. Praxis-Laufen.ch kann keinerlei Gewähr für die Richtig- und Vollständigkeit der übermittelten Daten und Angaben übernehmen. Einen daraus resultierenden Schaden trägt der Klient, sofern kein grobes Verschulden vorliegt.
5. Die Erklärung ist bis zum schriftlichen Widerruf gültig.
6. Die Erklärung gilt sinngemäss für alle Geschlechter, Mehrzahl und Firmen, ist aber in der männlichen Form im Singular formuliert.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____