



Familienname _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Evtl. Gesetzlicher Vertreter: _____

Anschrift _____

Termin am..... um Uhrzeit.....

Terminbestätigung in Praxis Konstanz nach telefonischer Vereinbarung

Den oben vereinbarten Termin in der Praxis Dr. med. U. Bohnet nehme ich gerne wahr und bestätige diesen hiermit verbindlich.

Die Informationen auf der Seite <https://www.praxis-drbohnet.de/patienteninformation.html> habe ich gelesen und verstanden.

Gleichzeitig bestätige ich eine rechtzeitige Terminabsage im Falle der Verhinderung mindestens 24 Stunden vor dem Termin zu den üblichen Praxiszeiten per Mail, Fax oder per Medflex. Bei Verhinderung eines unmittelbar nach einem Wochenende oder Feiertag liegenden Termins gilt eine Terminabsage spätestens am vorhergehenden Werktag bis 11 Uhr als rechtzeitig.

Gleich aus welchen Gründen eine rechtzeitige Terminabsage nicht erfolgt oder ich zu dem vereinbarten Termin nicht erscheine, wird ein Ausfallhonorar/Terminversäumnisgebühr i.H.v. mindestens EUR 50,00 für eine psychiatrische Sprechstunde und i.H.v. mindestens EUR 100,00 für eine von Krankenkassen bewilligte Psychotherapiesitzung fällig und von mir innerhalb der Rechnungsfrist bezahlt.

Hier gemachte Angaben zu Namen, Adresse und Versicherungsstatus entsprechen dem aktuellen Stand. Ich versichere, Veränderungen hierzu umgehend mitzuteilen.

Diese hiermit getroffene Vereinbarung gilt auch und in jedem Falle für Folgetermine. Der Zusendung einer ggf. notwendigen Ausfallgebühr an die hier von mir wahrheitsgemäß angegebene Mail-Anschrift stimme ich ausdrücklich zu.

Ausfallgebühr bei nicht rechtzeitiger Terminabsage

Ich akzeptiere die Ausfallgebühr bei nicht rechtzeitiger Terminabsage

Ich akzeptiere die Ausfallgebühr nicht und suche mir zunächst einen anderen Facharzt, dem Verbindlichkeit nicht so wichtig ist - Der Termin wird dann nicht reserviert

Einwilligung zur Speicherung meiner Daten (Erforderlich) Der Speicherung meiner personenbezogenen Daten zum Zwecke der Terminreservierungen und ggf. Zusendung von Rechnungen per Mail stimme ich zu.

Darüber hinaus stimme ich der Datenschutzerklärung auf dieser Webseite [praxis-drbohnet.de](https://www.praxis-drbohnet.de) zu. Meine Zustimmung kann ich jederzeit widerrufen.

Aufklärung über elektronische Patientenakte

-Als Psychiater und Psychotherapeut bin ich verpflichtet, Sie explizit über die Risiken aufzuklären. <https://praxis-drbohnet.de/elektronische-patientenakte-epa.html> und <https://www.praxis-drbohnet.de/besondere-patientenaufklaerung-elektronische-patientenakte-epa.html>

Ich betätige hiermit, dass ich die explizite Aufklärung zur Anlage der elektronische Patientenakte (ePA) auf der Seite <https://praxis-drbohnet.de/elektronische-patientenakte-epa.html> und <https://www.praxis-drbohnet.de/besondere-patientenaufklaerung-elektronische-patientenakte-epa.html> gelesen und verstanden habe. Dort finden sich auch Formulare, in den Sie die Nicht-Speicherung Ihrer Daten in der elektronischen Patientenakten gegenüber der Praxis erklären können. Die Erklärung zur Nicht-Speicherung meiner Daten in die ePA sende ich der Praxis unterschrieben zu.

Erklärung zur Anlage der ePA für alle

Hiermit widerspreche ich oder habe bereits widersprochen der gesamten Anlage der elektronischen Patientenakte (ePA) für meine Person (durch Pat. an Krankenkasse) ----in diesem Fall entfallen die weiteren Erklärungen zum Widerspruch.

Erklärung zu den Widerspruchsmöglichkeiten in der ePA

- Hiermit widerspreche ich oder habe bereits widersprochen der Anlage der elektronischen Patientenakte (ePA) für meine Person (dies muss durch Pat. an Krankenkasse erfolgen- siehe Seite <https://www.praxis-drbohnnet.de/besondere-patientenaufklaerung-elektronische-patientenakte-epa.html>)
 - Hiermit widerspreche ich oder habe bereits widersprochen der Bereitstellung der elektronischen Versorgungs- bzw. Abrechnungsdaten (eAD) durch meine Krankenkasse in meine ePA.(dies muss durch Pat. an Krankenkasse erklärt werden- sh. <https://www.praxis-drbohnnet.de/besondere-patientenaufklaerung-elektronische-patientenakte-epa.html>)
 - Hiermit widerspreche ich oder habe bereits widersprochen der Übermittlung meiner persönlichen Daten an das ForschungsDatenZentrum (FDZ) (durch Pat. an Krankenkasse- siehe <https://www.praxis-drbohnnet.de/besondere-patientenaufklaerung-elektronische-patientenakte-epa.html>)
 - Hiermit widerspreche ich oder habe ich widersprochen der Nutzung meiner Medikationsdaten (wichtig: Sie können nicht nur einzelnen Medikamenten widersprechen, die Sie für andere erkennbar als psychiatrisch behandelt machen)
 - Ich widerspreche aktuell nur der Speicherung von Daten aus meiner psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung (dies muss durch Pat. an Praxis Bohnet schriftlich erklärt werden) in die elektronische Patientenakte (ePA) Weitere Informationen unter <https://www.praxis-drbohnnet.de/elektronische-patientenakte-epa.html> und <https://www.praxis-drbohnnet.de/besondere-patientenaufklaerung-elektronische-patientenakte-epa.html>

Versicherung (hat keinen Einfluss auf die Terminvergabe als solche)

- Gesetzliche Krankenkasse
- Privatversicherung (vorab vor Terminreservierung gesondert zu unterzeichnende Honorarvereinbarung wird u.U. zugesandt)
- Selbstzahler (vorab vor Terminreservierung gesondert zu unterzeichnende Honorarvereinbarung wird zugesandt)

Weitere Informationen unter <https://www.praxis-drbohnnet.de/elektronische-patientenakte-epa.html> und <https://www.praxis-drbohnnet.de/besondere-patientenaufklaerung-elektronische-patientenakte-epa.html>

Jeden Punkt dieser Erklärung kann ich jederzeit widerrufen.

_____, den _____ Unterschrift _____