

Klient*in/ Patient*in

Titel (ggf.):	Vorname:	Name:
Geburtsdatum und -ort:	Telefonnummer:	E-Mail-Adresse:
Straße und Hausnummer:	Postleitzahl und Wohnort:	
Haben Sie bereits eine Psychotherapie abgeschlossen?	Wenn ja, wann?	Anlass
Haben Sie bereits eine Rehabilitation in einer Klinik abgeschlossen?	Wenn ja, wann?	Anlass

Mir ist bekannt, dass Mental Health Solutions als Privatpraxis psychologische Beratung anbietet. Diese Beratungsdienstleistung wird von gesetzlichen Krankenkassen nicht getragen und erfolgt auf Selbstzahler-Basis. Wenn Sie privat versichert sind, klären Sie vorab, ob und in welchem Umfang Ihre Krankenkasse die Leistungen übernehmen kann. Mental Health Solutions wird als Bestellpraxis geführt, so dass die üblichen Wartezeiten entfallen. Mir ist bekannt, dass meine Termine ausschließlich für mich freigehalten werden. Daher sind diese einzuhalten oder mindestens 48 Stunden vorher abzusagen bzw. auf einen alternativen Termin zu verschieben. Bei kurzfristiger Erkrankung wird um eine unverzügliche Benachrichtigung gebeten. Ich erkläre mich einverstanden, dass ich bei einem Nichterscheinen zum Termin ohne rechtseitige Absage den Ausfallhonorar in Höhe von 80 Euro zu tragen habe, falls der Termin kurzfristig nicht anderweitig belegt werden konnte.

Urlaube sind mindestens 4 Wochen im Voraus mitzuteilen.

Frankfurt am Main,	Klient*in/ Patient*in
--------------------	-----------------------