

*Bitte emailen Sie das ausgefüllte Kontaktblatt bis spätestens einen Tag vor unserem ersten Termin an: termin@therapiegraz.at*

**Krenngasse 17**
**8010 Graz**
Mobil: 0676 730 37 89
Email: termin@therapiegraz.at
Internet: [http://therapiegraz.at](http://therapiegraz.at/)

**Kontaktblatt zur Psychotherapie/Beratung**

**Schweigepflicht und Datenschutz**

Diese Daten dienen ausschließlich zur Rechnungslegung, zur Einreichung bei der Krankenkasse (Kostenzuschuss) und der Dokumentation, zu der ich gemäß § 16a PthG verpflichtet bin.

|  |  |
| --- | --- |
| **Vor- & Nachname, Titel** |  |
| **Strasse & Nr.** |  |
| **PLZ & Ort** |  |
| **Geburtsdatum** |  |
| **Versicherungsnummer\*)** |  |
| **Telefonnummer** |  |
| **Email** |  |
| **Problembeschreibung****Erläutern Sie bitte kurz das Problem bzw. Ihr Thema oder Anliegen, das Sie in die Therapie führt…**Was fordert bzw. belastet Sie momentan am meisten?Vorhandene Diagnose(n): |  |
| **Ihr(e) Anliegen****Beschreiben Sie bitte in Stichworten Ihre Ziele, Hoffnungen, Wünsche oder Erwartungen für die Therapie...** Was möchten Sie mittels Therapie gerne erreichen?Was wäre ein gutes Therapie-ergebnis? |  |

**Datenschutzerklärung für Mag. Robert Riedl**

*Der Schutz Ihrer persönlichen Daten ist mir ein besonderes Anliegen. Ich verarbeite Ihre Daten ausschließlich auf Grundlage der europäischen und österreichischen Datenschutz-Grundverordnung[[1]](#footnote-2) (kurz: DSGVO).*

*Bitte lesen Sie sich die folgenden Datenschutz-Informationen durch; bringen Sie mir die "Datenschutzerklärung" bitte ausgefüllt und unterschrieben zum Erstgespräch mit (bzw. unterschreiben diese beim Erstgespräch).*

*Die psychotherapeutische Verschwiegenheitspflicht* *gemäß § 15 PthG bleibt davon unbetroffen.*

Ich, ………………………………………………………………………... *(Vor- und Nachname)* stimme der Verarbeitung meiner unten genannten personenbezogenen Daten ausdrücklich zu.

**Folgende Daten werden verarbeitet:**

* Vor- und Nachname
* Titel
* Wohnadresse, Rechnungsadresse
* Telefonnummer
* Geburtsdatum
* Sozialversicherungsnummer (und etwaige weitere für die Rechnungslegung relevante Versicherungsdaten)
* Dokumentation der Psychotherapie gemäß § 16a PthG
* Befunde, medizinische Gutachten (sofern durch mich weitergegeben)

**Verarbeitungszwecke:**

* Dokumentation der Psychotherapie gemäß § 16a PthG
* Erstellung von Honorarnoten und Abrechnung (ggf. mit der Krankenkasse oder anderen externen Kostenträgern)
* Kommunikation per Telefon, SMS oder E-Mail zur Termin-Koordination
* gegebenenfalls Bestätigungen an Sozialversicherungsträger, Gerichte etc. (ausschließlich in Ihrem Auftrag)
* Buchhaltung / Übermittlung von Honorarnoten an Steuerberater (dieser unterliegt ebenso einer strengen Verschwiegenheitspflicht)
* gerichtliche Streitbeilegung bei offenen Forderungen

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| ***Ort, Datum*** |  | ***Unterschrift*** |

1. Die aktuelle Fassung der DSGVO finden sie unter http://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/HTML/?uri=CELEX:32016R0679&from=DE [↑](#footnote-ref-2)