

Name, Vorname:
Straße Hausnr.:
PLZ Ort:
Tel:
Email:

Bitte per Post senden an:

Dipl.-Psych. Susanne Lüderitz
Dunckerstr. 39
10439 Berlin

Terminvergabe Ersttermin

Sehr geehrter Aufstellungsinteressent,
sehr geehrte Aufstellungsinteressentin,
aufgrund der aktuellen Situation benötige ich vor der Vergabe eines Ersttermins von Ihnen folgende Angaben mit Unterschrift:

1. Kontaktdaten – bitte oben rechts eintragen
2. Bestätigung der Anmeldevoraussetzungen:

Hiermit bestätige ich, dass ich

- a) innerhalb der letzten 14 Tage keine Gliederschmerzen, Schüttelfrost, Fieber, Kurzatmigkeit, Geruchs- und Geschmacksverlust, unerklärliche Müdigkeit (Fatigue) oder anderweitige Symptome einer Coronaerkrankung hatte oder habe,
- b) innerhalb der letzten 14 Tage keinen Kontakt zu einem Coronavirus-Erkrankten hatte,
- c) die Händehygiene lt. RKI einhalte (gründliches Waschen der Hände mit Wasser und Seife), die Hustenetikette lt. RKI einhalte (z.B. Husten, Niesen in die Ellenbeuge), eine Mund-Nasen-Bedeckung trage/ 3 m Abstand einhalte und über das regelmäßige Lüften informiert bin (RKI = Robert Koch Institut),
- d) einen eigenen Kugelschreiber/ eigene Schreibgeräte mitbringe,
- e) keine körperliche Erkrankung habe, die vorrangig gegenüber einer Psychotherapie zu behandeln ist,
- f) dass ich Selbstzahler/ Selbstzahlerin bin,
- g) dass ich über die Kosten eines Erstgesprächs/ einer Sitzung (90 min = 135 €) informiert bin und damit einverstanden bin,
- h) darüber informiert bin, dass die Behandlungstermine verbindlich vereinbart werden und dass bei einer kurzfristigen (unter 24 Std.) Terminabsage durch mich eine Ausfallpauschale in Höhe von 110,00 € anfällt, die nicht von der gesetzlichen/ privaten Krankenversicherung übernommen wird und ich diese selbst an Frau Lüderitz zahlen muss,
- i) die Richtigkeit meiner Kontaktdaten (Name, Adresse, Tel.nr., Emailadresse),
- j) ich eine Kopie dieser Anmeldevoraussetzungen/ Terminvergabe Ersttermin erhalten habe.

Berlin, den

eigenhändige Unterschrift