

## WEITERNUTZUNG DER DE-RENA-APP NACH DEM OFFIZIELLEN ENDE DES DE-RENA PROGRAMMS AUF EIGENE VERANTWORTUNG

Liebe ehemalige Rehabilitandin, lieber ehemaliger Rehabilitand,

Sie haben die Nachsorge mit DE-RENA abgeschlossen und möchten die App nach dem offiziellen Ende von DE-RENA privat weiter nutzen.

Dies ist nur möglich, wenn Sie uns folgende Punkte mit Ihrer Unterschrift bestätigen und das angehängte Lastschriftmandat ausfüllen. Die Weiternutzung von DE-RENA kostet monatlich € 3,99. Diesen Betrag buchen wir zukünftig von Ihrem Konto ab.

Hiermit erkläre ich

Vorname: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Emailadresse: \_\_\_\_\_

dass ich folgende Punkte zur Kenntnis genommen habe und damit einverstanden bin:

- **Mir ist bewusst, dass mich während der privaten Weiternutzung der DE-RENA-App KEIN(E) Therapeut:innen mehr betreuen.**
- **Es wird deshalb auch KEIN Therapeut mehr auf meine Auswertungen des Depressions-Fragebogens PHQ9 und weitere Eingaben in der App, sowie meine Anrufe oder Kontaktanfragen reagieren.**
- **Bei einer erneuten Zunahme der Depressionssymptomatik nehme ich Kontakt zu meinen ambulanten Behandlern (z.B. meinem Hausarzt) vor Ort auf, um mir Hilfe zu holen.**
- Die Vereinbarung für die ambulante Behandlung und den Umgang mit Krisensituationen, den ich zu Beginn des DE-RENA-Programms geschlossen habe, ist **NICHT** mehr gültig.
- Auch die Befreiung von der ärztlich-therapeutischen Schweigepflicht gegenüber den ambulanten Behandlern, Angehörigen und Freunden, den ich zu Beginn des DE-RENA-Programms geschlossen habe, ist **NICHT** mehr gültig.
- Die Daten, die ich in der App eingebe, werden weiterhin ohne Bezug zu meiner Person auf einem Server in Deutschland gespeichert. So können die Daten im Fall eines Smartphone-Verlustes wieder hergestellt werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

BINACON GmbH, Hans-Thoma-Str. 21, 68163 Mannheim  
Gläubiger-Identifikationsnummer DE25ZZZ00002496008  
Mandatsreferenz (wird von BINACON GmbH ausgefüllt):

\_\_\_\_\_

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die BINACON GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der BINACON GmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name (Kontoinhaber)

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut

-----  
BIC

IBAN: D E \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift