

Anmeldebogen

Aktuelle Informationen zum Kind/Jugendlichen/jungen Erwachsenen:

Vor- & Nachname des*der Patient*in: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Geschlecht: m w divers Geschwisterzahl: _____

Kind lebt bei: leiblichen Eltern leiblichem Vater leiblicher Mutter Pflegeeltern
 Wohngruppe _____

Sorgerecht (gemeinsam, Mutter, Vater, Jugendamt, andere): _____

Wohnadresse des Kindes (Straße, Nr., PLZ, Ort):

Telefon/Handy: _____ E-Mail: _____

Krankenversicherungsdaten des Kindes:

1

Name der Versicherung: _____

Versicherungsnummer: _____

Über welches Elternteil/Wie ist das Kind versichert?

Angaben zur Familie:

Mutter:

Vor- und Nachname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift (falls abweichend): _____

Aktueller Beruf: _____

Telefon: _____ Mobil: _____ E-Mail: _____

Vater:

Vor- und Nachname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift (falls abweichend): _____

Aktueller Beruf: _____

Telefon: _____ Mobil: _____ E-Mail: _____

Geschwister:

Name: _____ Alter _____ Tätigkeit (z.B. Schule, Klasse, Beruf) _____

Aktueller Vorstellungsgrund:

2 _____

Aktuelles Helfersystem:

Haus-/Kinderarzt:	zuständiges Jugendamt und Ansprechpartner*in, Familienhelfer*in, Vormund etc.:
Vorbehandelnder Psychotherapeut*in oder Psychiater*in:	Sonstige:

Vorbehandlungen, wie z.B.: Psychotherapie, Lerntherapie, Logopädie, Ergotherapie, Familienhilfen, Erziehungsbeistandschaft, Jugendhilfe, Frühförderung, Medikation etc...

von – bis	Maßnahme	Grund der Maßnahme

Die Praxis arbeitet nach dem Bestellprinzip, d.h. ein vereinbarter Termin wird ausschließlich für den Patienten reserviert. Sollte ein Termin daher nicht oder nicht rechtzeitig (bis 48 Stunden vorher¹) abgesagt werden, muss dieser privat in Rechnung gestellt werden (85,00 €). Falls der Termin neu vergeben werden kann, fällt keine Gebühr an.

Voraussetzung für eine Behandlung ist, dass die Sorgeberechtigten einer Behandlung des Kindes/des Jugendlichen zustimmen. Dies betrifft vor allem den Fall, in dem die getrennt lebenden Eltern das gemeinsame Sorgerecht haben.

Mit meiner Anmeldung und der Unterschrift erkläre ich mich mit der Ausfallhonorarregelung einverstanden und versichere, dass alle Sorgeberechtigten informiert und mit der Behandlung einverstanden sind.

 Unterschrift der/des Sorgeberechtigten

 Unterschrift des Kindes/Jugendlichen

¹ Bei der Berechnung zählen nur Werktage, d.h. ein Termin für Montag um 15.00 Uhr muss bis Donnerstag um 15.00 Uhr abgesagt werden.