

## 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. Wird ein Termin daher nicht oder nicht rechtzeitig (bis 48 Stunden vorher<sup>1</sup>) telefonisch oder schriftlich per E-Mail abgesagt, kann der Honorarausfall in Höhe von 95,00€ privat in Rechnung gestellt werden. Falls der Termin neu vergeben werden kann, fällt keine Gebühr an.
- Voraussetzung für eine Behandlung ist, dass **alle** Sorgeberechtigten einer Behandlung des Kindes/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/jungen  
 Erwachsenen

<sup>1</sup> 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.