

 Willkommen in unserer Praxis und vielen Dank für Ihr Interesse!

Um Ihr Anliegen optimal bearbeiten zu können und um Wartezeiten so gering
wie möglich zu halten, bitten wir Sie, unabhängig für wen Sie sich entschieden haben, uns vorab einige Fragen und Punkte zu beantworten (die nachfolgend aufgeführt sind), die Vereinbarungen **gründlich durchzulesen und zu unterschreiben.**
Es handelt sich hierbei um keinen Therapieantrag- bzw. vertrag! Ihre Angaben

dienen uns lediglich zur Einschätzung und Einstufung der Dringlichkeit. Sobald

wir die ausgefüllten und unterschriebenen Unterlagen von Ihnen zurück erhalten haben, werden wir Sie zwecks einer Terminvereinbarung kontaktieren.

Sie können die Formulare gern auch am Bildschirm ausfüllen, einfach nur indem Sie die Bearbeitung aktivieren.

--------------------------------------------------------------------------------------------------------
**1. Personalien:**

Vor – und Nachnahme: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Beziehung zum Patienten: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Name des Patienten: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Geburtsdatum u. Alter d. Patienten:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Anschrift (Str., PLZ, Ort): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Landkreis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-Mailadresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Festnetz- und Handynummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Ist ein Anrufbeantworter vorhanden u. darf dieser genutzt werden? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Schultyp des Patienten: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Klasse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Krankenkasse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bei Änderung der Adresse, Telefonnummer, Krankenkasse, Versicherten etc. teile ich/wir dies der kinder- und jugendlichen-
psychotherapeutischen Praxis in Monheim umgehend mit.

**2. Anmeldegrund:**
Bitte nennen Sie uns den Grund Ihrer Anmeldung. Wie lautet der Auftrag an uns?

Welche Erwartung haben Sie?

(z. Bsp. Die größten Probleme sind: /Ich verspreche mir von einer Therapie, dass:)
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **3. Erklärung:**

**Erklärung für Patienten der gesetzlichen Krankenkasse:**
Hiermit erkläre ich mich bereit die Versichertenkarte bei Beginn einer Behandlung (für das laufende und für jedes weitere Quartal) vorzulegen.
Ansonsten bin ich damit einverstanden, dass mir die Kosten für die Behandlung privat in Rechnung gestellt werden.
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Unterschrift) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Erklärung für privatversicherte Patienten:**
Ich verpflichte mich zur Zahlung der entstehenden Kosten, die nach GOÄ abgerechnet werden, sofern o.a. Kostenträger nicht bereit ist, die Kosten zu übernehmen.
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Unterschrift) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4. Vereinbarung Ausfallhonorar:**

Sobald wir Ihnen einen ersten Sprechstundentermin anbieten können, melden wir uns bei Ihnen und teilen Ihnen diesen rechtzeitig mit. Wir sind bemüht, Wartezeiten so gering wie möglich zu halten und bitten deshalb um Ihr Verständnis für folgende Vereinbarung.
Sie verpflichten sich bei Verhinderung zur ersten vereinbarten Sprechstunde spätestens **72 Stunden** vor dem Termin abzusagen. Dazu genügt eine schriftliche Mitteilung (per Brief, Mail, Fax, SMS) oder eine telefonische Absage (AB möglich).
**Erfolgt diese Terminabsage nicht rechtzeitig bis zur vorgenannten Frist, wird die ausgefallene Stunde mit 50 € als Ausfallhonorar privat in Rechnung gestellt** (die Kosten übernimmt in diesem Fall Ihre Krankenversicherung nicht).
Diese Regelung findet auch Anwendung, wenn der Patient unverschuldet den Termin nicht rechtzeitig absagen kann/ konnte. Falls der Sprechstundentermin anderweitig vergeben werden kann, entfällt das Ausfallhonorar.



**5. Einwilligung beider Sorgeberechtigter in die kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung**

Eine Psychotherapie bei Kindern ist eine bedeutsame Angelegenheit im Rahmen der sogenannten Gesundheitssorge. Dafür ist, wie bei anderen Behandlungen auch, eine gemeinsame Entscheidung der Sorgeberechtigten notwendig.
Wenn Sie mit **einem getrennt lebenden Elternteil ein gemeinsames Sorgerecht haben**, bitten wir Sie, vor dem Ersttermin ein schriftliches Einverständnis des anderen Sorgeberechtigten einzuholen, wenn er/sie nicht persönlich mit anwesend sein kann/wird.
Gemäß gültiger Rechtsprechung ist eine kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung keine Angelegenheit des täglichen Lebens, so dass zwingend alle Sorgeberechtigten zustimmen müssen. Wir bitten um Ihr Verständnis, dass wir eine Behandlung Ihres Kindes ohne Zustimmung ablehnen müssen.
Dazu lassen Sie uns bitte die Zustimmung ausgefüllt und unterschrieben zukommen.

Sollten Sie alleiniges Sorgerecht besitzen, so teilen Sie uns auch dies auf dem folgenden Formular mit.

 **Zustimmung zur Behandlung meines Kindes zur
 kinder- und jugendlichenpsychiatrischen Behandlung**

 Als gesetzliche/r Vertreter des Kindes/Jugendlichen

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Name des Patienten/Kindes)

 stimme ich der Behandlung in der Praxis Barbara Eder/ Carolin Krafka zu.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 (Ort) (Datum)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 (Unterschrift)

□ Vater □ Mutter □ Vormund □ Betreuer

Alleiniges Sorgerecht bitte ankreuzen: □ ja

 □ nein