Anmeldebogen zur Psychotherapie

Datum: _____

Nachname des Kindes/Jugendlichen	Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ/Wohnort	Handy Kind / Jugendlicher
Kindergarten / Schule / Klasse / Beruf		e-Mailadresse Kind / Jugendlicher

Krankenkasse: ❑ gesetzlich ❑ privat Hauptversicherte(r): ❑ Mutter ❑ Vater ❑ Jugendlicher

Behandelnder Arzt

☐ Mein Kind darf vor der Türe warten, wenn ich noch nicht da bin **Unterschrift**_____

Leibliche Eltern ❑, Adoptiveltern ❑, Pflegeeltern ❑, Heimerziehung ❑

	Name,Vorname	**Geburtsdatum**	**Beruf**	**Handy**
Mutter				
Vater				

❑ verheiratet seit: _____ ❑ getrennt seit: _____ ❑ neuer Partner Mutter seit: _____
❑ ein Paar Seit____ ❑ geschieden seit: _____ ❑ neuer Partner Vater seit:_____
❑ unverheiratet ❑ verwitwet seit: _____

Sorgerecht ❑ **Gemeinsames Sorgerecht** ❑ **Alleiniges Sorgerecht Mutter** ❑ **Alleiniges Sorgerecht Vater**

Bitte beachten Sie: Steht das Sorgerecht beiden Elternteilen gemeinsam zu (auch bei Getrenntleben), ist für die Durchführung einer Diagnostik und Therapie das Einverständnis beider Sorgeberechtigten gesetzlich vorgeschrieben**!**

Das Kind lebt zusammen mit ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Wohngruppe ☐ Sonstiges

Anschrift (wenn abweichend _____

_____

e-Mailadresse Mutter e-Mailadresse Vater

[ ] Einwilligung in die Speicherung von Daten und die unverschlüsselte Kontaktaufnahme (Optional):
Ich willige ausdrücklich ein, dass die Praxis meine Telefonnummer und Mailadresse zum Zwecke der Terminabsprache, der Praxisorganisation oder für Rückfragen speichern und verarbeiten darf. Zudem willige ich ein, dass die Kontaktaufnahme durch die Praxis per unverschlüsselter E-Mail, SMS oder Telefon erfolgen darf, und entbinde die Praxis insoweit von der Schweigepflicht. Mir ist bekannt, dass unverschlüsselte digitale Kommunikation Sicherheitslücken aufweisen kann.
Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft direkt gegenüber der Praxis widerrufen.

Geschwisterreihenfolge (auch Stiefgeschwister) mit Geburtsdatum von

1.	Geburtsdatum ältestes Kind	Schulart
2.	Geburtsdatum	
3.	Geburtsdatum	
4.	Geburtsdatum	
5.	Geburtsdatum	

Frühere therapeutische Beratungen oder Psychotherapien

☐ **Therapie innerhalb der letzten 2 Jahre** ☐ **Therapie länger als 2 Jahre her**

Art_____

Wann_____

Wer war der Behandler_____

Anlass_____

☐ **Klinikaufenthalte? Wann?**_____ **Anlass**_____

Anlass / Symptome für Ihre Anmeldung

Wann ungefähr sind die aktuellen Probleme erstmalig aufgetreten? Sehen Sie einen Zusammenhang mit einem besonderen Ereignis innerhalb oder außerhalb der Familie?

1. **Mal:** **Verlauf:**

Sind derartige Schwierigkeiten in der Familie bereits bekannt? ❑ ja ❑ nein

Wenn ja, bei wem und seit wann?

Nehmen Sie (Jugendlicher) / Nimmt Ihr Kind derzeit Medikamente? ❑ ja ❑ nein
Wenn ja, welche und wie dosiert?

Therapieplanung:

Hohlstunde/n am _____ von _____ Uhr bis _____ Uhr

Mittagsschule:

- ☐ **Montag bis _____Uhr**
- ☐ **Dienstag bis _____Uhr**
- ☐ **Mittwoch bis _____Uhr**
- ☐ **Donnerstag bis _____Uhr**
- ☐ **Freitag bis _____Uhr**

Zusatzvereinbarung zur Krankenversicherung und Abrechnung

Bitte wählen Sie untenstehend aus, wie Sie versichert sind bzw. welche Abrechnungsart Sie wünschen

[ ] Gesetzliche Krankenversicherung (GKV): Ich bin gesetzlich versichert. Ich wünsche eine Abrechnung über meine gesetzliche Krankenversicherung. Ich verpflichte mich, die elektronische Gesundheitskarte (egK) bei der Erstvorstellung sowie zu jedem Quartalsbeginn vorzulegen. Liegt die Karte bis zum Ende des Quartals nicht vor, kann die Behandlung privat in Rechnung gestellt werden.
[ ] Privatversicherung / Beihilfe / Selbstzahler: Die Abrechnung erfolgt auf Basis der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP). Eine separate Honorarvereinbarung wird begleitend besprochen und unterzeichnet.
[ ] Sonstiger Kostenträger: _____
(z. B. Berufsgenossenschaft, Bundeswehr, Heilfürsorge)

Verbindliche Erklärungen und Mitwirkungspflichten:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die folgenden Punkte gelesen zu haben, und erkenne diese als verbindlichen Teil der Behandlungsvereinbarung an:

1. **Änderung des Versicherungsverhältnisses:** Eine Änderung meines Versicherungsverhältnisses werde ich der Praxis umgehend mitteilen. Ich verpflichte mich, mich selbstständig darüber zu informieren, ob eine neue Krankenkasse die Kosten für die laufende Behandlung übernimmt. Ich hafte für finanzielle Folgen, falls sich mein Status ändert und die neue Versicherung die Kosten nicht übernimmt.
2. **Weitergabe von Bewilligungen des Kostenträgers:** Ich verpflichte mich, der Praxis jegliche Bewilligungsbescheide (sowohl von gesetzlichen als auch von privaten Krankenkassen/Beihilfestellen) über die Genehmigung von Psychotherapie-Stunden **sofort nach Erhalt digital (z. B. per E-Mail) oder in Kopie** zukommen zu lassen**.** Mir ist bewusst, dass die therapeutische Behandlung (bzw. die Fortführung der Therapie) erst nach Vorlage dieser schriftlichen Bewilligung in der Praxis beginnen bzw. fortgesetzt werden kann.
3. **Privat zu zahlende Zusatzleistungen:** Mir ist bewusst, dass für Leistungen, die nicht von den regulären Kostenträgern übernommen werden (z. B. Gutachten oder privat vereinbarte Zusatzleistungen), eine private Rechnungsstellung an mich erfolgen kann.

Ort, Datum: _____ Unterschrift Patient ab 14 Jahren bzw. Sorgeberechtigte_____
(bei getrennt lebenden Eltern müssen beide Elternteile unterschreiben!