

1. Persönliche Angaben

Kind / Jugendlicher

Name: _____ Vorname: _____ geb. / Alter: _____

Anschrift: _____ Tel. Nr. _____

Schulart/Lehre/
Ausbildung: _____ Klasse: _____ Lehrer: _____

Hausarzt / Kinderarzt: _____

Krankenkasse: gesetzlich privat Hauptversicherte(r): _____

Name und Ort der Kasse: _____

Leibliche Eltern , Adoptiveltern , Pflegeeltern , Heimerziehung

Mutter, Name: _____ geb. am: _____

Tel. Nr.: _____

Anschrift: _____

erlernter Beruf: _____ tätig als: _____

Vater, Name: _____ geb. am: _____

Tel. Nr.: _____

Anschrift: _____

erlernter Beruf: _____ tätig als: _____

Eheschließung: _____ getrennt / geschieden / verwitwet seit: _____ unverheiratet.

Sorgerecht: Mutter, Vater, Gemeinsam

Bitte beachten Sie bei getrennt lebenden Eltern, die das gemeinsame Sorgerecht ausüben, dass der Elternteil, der den Termin nicht wahrnimmt, eine Einverständniserklärung für Diagnostik & Therapie unterschreiben muss.

Geschwisterreihe	geb. am / Alter	Schulart / Beruf	lebt bei?
1.			
2.			
3.			

Nimmt Ihr Kind derzeit Medikamente?

ja nein

Wenn „ja“, welche und wie dosiert?

Hatte ihr Kind bereits zu einem anderen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychiater Kontakt?

ja nein

Wenn, ja zu wem und wann?

Fand bereits eine testpsychologische Untersuchung statt?

ja nein

Wenn ja, wann und mit welchem Ergebnis?

Betrachten Sie die vereinbarten Termine bitte als verbindlich. Wenn Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir darum, dass Sie diesen mindestens 48h im Voraus absagen. Ansonsten wird ein Bereitstellungshonorar von 60,- € fällig, da Ihre Krankenkasse meine Aufwendungen nur erstattet, wenn sie tatsächlich zum Termin erscheinen. Diese Regelung gilt in gleichem Maße für jede Therapiestunde.

Datum und Unterschrift des Jugendlichen/des Sorgeberechtigten

2. Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Ich

Vorname, Name

erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis von Herrn Dr. Erne meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis ausgehändigt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte:

- über den Umfang und die Art meiner Daten
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass:

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei meinem Hausarzt angefordert werden dürfen Konsiliarbericht.
- meine Versicherungsdaten zur Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung genutzt werden dürfen.
- meine Telefonnummer zum Zwecke der telefonischen Kontaktaufnahme gespeichert werden darf.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Ort, Datum / Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters.